PRZEGLĄD UBEZPIECZENIOWY

(REVUE D'ASSURANCES)

DWUMIESIĘCZNIK
POŚWIĘCONY SPRAWOM UBEZPIECZENIOWYM
I EKONOMICZNYM

ORGAN ZWIĄZKU PRYWATNYCH ZAKŁADÓW
UBEZPIECZEŃ W POLSCE.

1936
ZESZYT
6

WYDAWCA I REDAKTOR ODPOWIEDZIALNY: Dr JÓZEF KOWAL

TREŚĆ:

SOMMAIRE:

Adres Redakcji i Administracji: Warszawa, Świętokrzyska 27 m. 2.

Telefon Nr. 265-45 **Konto w P. K. O. Nr. 800.**

Związek Prywatnych Zakł. Ub. w Polsce

Prenumerata półroczna (wraz z przesyłką):		CENA OGŁOSZEŃ:	
w Warszawie	3.00 złp.	Cała strona	40.00 złp.
na prowincji	3.30 złp.	Pół strony	25.00 „
zagranicą (rocznie)	6.60 złp.	1/4 strony	15.00 „

Cena zeszytu — 1.25 złp.

WITOSŁAW KOLISKO

ZATAJENIE W UBEZPIECZENIU ŻYCIOWYM.

I.

Jedną z ważniejszych bolączek ubezpieczenia życiowego jest zatajenie. Bolączka ta jest bardzo poważną, bowiem walka z nią jest trudna życiowo: wykrycie zatajenia w bardzo wielu wypadkach jest albo trudne, albo wprost niemożliwe i dlatego w tych rzadkich wypadkach, gdy zakładowi ubezpieczeń udało się uchwycić dowody zatajenia choroby przez ubezpieczającego, należałoby wyczerpać wszelkie środki, aby nie dopuścić do wykonania umowy, opartej na fałszywych podstawach.

Zatajenie polega na tym, że ubezpieczający lub ubezpieczony (przy ubezpieczeniach na życie trzeciego), składając wniosek na ubezpieczenie, nie wykonują lub wykonują świadomie niedokładne obowiązki, jakie na nich nakładają ustawa lub warunki zawieranej umowy, — obowiązek podania zakładowi ubezpieczeń tych wszystkich okoliczności, które są istotne dla zorientowania się w istocie zawieranej umowy, inaczej mówiąc dla ustalenia ryzyka, jakie zakład ubezpieczeń przyjmuje na siebie (tzw. w prawodawstwie niemieckim Anzeigepflicht beim Vertragsabschlusse).

Obowiązek ten często w piśmiennictwie polskim nazywany jest obowiązkiem doniesienia. Jest to termin niesłuszny, bowiem może on mieć zastosowanie tylko do tych wypadków, w których ubezpieczający obowiązany jest z mocy przepisów ustawy lub zawartej umowy ubezpieczenia zawiadomić zakład ubezpieczeń o zmianach, jakie zaszły w przyjętym przez zakład ryzyku.

W danym zaś razie może być mowa o obowiązku „deklarowania" lub „wyjawienia". („La déclaration" — w prawodawstwie francuskim).

Obowiązek deklarowania okoliczności mających wpływ na ustalenie ryzyka jest jednym z zasadniczych obowiązków strony, zawierającej umowy ubezpieczenia i normowany jest przez wszystkie prawodawstwa — ustawy o umowie ubezpieczenia.

Niemiecka ustawa o umowie ubezpieczenia z dnia 30 maja 1908 roku, obowiązująca u nas na terenie b. zaboru niemieckiego (n. ust.), w § 16 obowiązek ten określa w sposób następujący: ubezpieczający winien przy zawieraniu umowy podać zakładowi ubezpieczenia wszystkie wiadome mu okoliczności, mające znaczenie przy przyjmowaniu ryzyka. Podobny przepis znajdujemy w art. 4 szwajcarskiej ustawy o umowie ubezpieczenia z dnia 2 kwietnia 1908 roku (szw. ust.). W austriackiej ustawie o umowie ubezpieczenia z dnia 23 grudnia 1917 roku, obowiązującej u nas na terenie b. zaboru austriackiego (a. ust.), obowiązek ten ujęty jest w sposób następujący (§ 3 (1), (3)): zakład ubezpieczeń może odstąpić od umowy ubez-

pieczenia, jeżeli ubezpieczający przy zawarciu umowy odpowiedział nieprawdziwie lub niedokładnie na pytania, które zakład wystosował do niego wyraźnie i niedwuznacznie w formie pisemnej, co do doniosłych momentów niebezpieczeństwa, tj. momentów, które mogą mieć wpływ na decyzję zakładu ubezpieczeń co do przyjęcia ubezpieczenia, ewentualnie przyjęcia go na specjalnych warunkach.

W ustawie francuskiej (la loi sur le contrat d'assurance z dnia 13 lipca 1930 roku) podobny przepis znajdujemy w art. 15 § 2, w myśl którego ubezpieczający obowiązany jest przy zawieraniu umowy ubezpieczenia podać zakładowi ubezpieczeń wszelkie znane mu okoliczności, które mogą mieć wpływ na ocenę ryzyka ubezpieczeniowego.

W zaborze rosyjskim, gdzie nie mamy jeszcze ustawy o umowie ubezpieczenia, wszelkie kwestie zasadnicze, tyczące się umowy ubezpieczenia, z wyjątkiem jedynie nielicznych, unormowanych przepisami tymczasowymi, dotyczącymi umowy ubezpieczenia z dnia 24 lutego 1928 roku (Dz. U. R. P. Nr 25 z 1928 r. poz. 211), regulowane są przepisami warunków ogólnych ubezpieczenia, stanowiących warunki zawartej umowy ubezpieczenia. Kwestia obowiązku deklarowania okoliczności istotnych dla oceny ryzyka normowana jest tu właśnie przepisami warunków ogólnych ubezpieczenia, których znaczenie jest nie mniejsze jak znaczenie przepisów ustawowych, a to na zasadach następujących. Obowiązujące uprzednio na tym terenie kodeksy: Napoleona (na terenie Kongresówki) i T. X. cz. 1 Zwodu Praw Rosyjskich (na terenie Kresów Wschodnich) hołdowały teorii swobody umów. Kodeks Napoleona w art. 1134 głosi: umowy prawnie zawarte stają prawem dla tych, którzy je zawarli i ogranicza tę swobodę jedynie w tym kierunku, aby umowy nie sprzeciwiały się dobrym obyczajom lub porządkowi publicznemu. T. X. cz. 1 w art. 1528—1530 zawiera przepisy mniej więcej analogiczne. Obecnie obowiązujący Kodeks Zobowiązań nie tylko utrzymał zasadę wolności umów, ale ją b. stanowczo podkreślił, bowiem w art. 55 stanowi: strony, zawierające umowę, mogą stosunek swój ułożyć według swego uznania, byleby treść i cel umowy nie sprzeciwiały się porządkowi publicznemu, ustawie ani dobrym obyczajom. W następnym zaś artykule (56) czytamy: umowy treści niemożliwej do wykonania oraz umowy sprzeczne z porządkiem publicznym, ustawą lub dobrymi obyczajami, są nieważne.

Bliższe sprecyzowanie umów podpadających pod art. 56 KZ znajdujemy u dr Romana Longschamps de Berier'a, członka naszej Komisji Kodyfikacyjnej, który w podręczniku swym „Zobowiązania" w § 22 stwierdza, iż zasada wolności umów doznaje ograniczenia przez uznanie za nieważne umów następujących: a) Umów sprzeciwiających się porządkowi publicznemu. Tu należą umowy, sprzeczne z ustrojem skarbowym, sądowym, familijnym, z zasadą wolności osobistej, wolności zarobkowania, równości wszystkich wobec prawa, z obowiązkami obywatelskimi itp. b) Ustawa wprowadza niekiedy zakazy pewnych umów lub pewnych postanowień umownych zwykle w tej postaci, że uznaje dany rodzaj umowy lub postanowienie danego rodzaju za nieważne, na przykład umowy o spadek po osobie żyjącej. Przeważna część takich zakazów mieści się w ustawach administracyjnych, np. w ustawach monopolowych, w ustawach ograniczających obrót pewnymi rzeczami, które wyraźnie postanawiają, że pewnych umów zawierać nie wolno, a zawarte są nieważne. c) O tym,

czy umowa sprzeciwia się dobrym obyczajom, rozstrzyga sędzia, kierując się zapatrywaniami swojej epoki i swego społeczeństwa. Na podstawie judykatury sądów najwyższych można już obecnie ustalić pewne ogólne dyrektywy. I tak uważa się za sprzeczne z dobrymi obyczajami: umowy, które zmierzają do działań niemoralnych lub mają służyć do ciągnięcia z nich korzyści materialnych, które mogą wyrządzić wielką szkodę materialną i moralną, które mają przysporzyć komuś korzyść pieniężną z okazji działań i stosunków, które z pieniędzmi nie powinny mieć nic wspólnego, które zmierzają do przerzucenia na inną osobę skutków własnego zabronionego lub nieuczciwego działania. d) Umowy treści niemożliwej są nieważne. Nie każda jednak niemożliwość powoduje nieważność, a tylko niemożliwość pierwotna, przedmiotowa i taka, która nie uzasadnia odpowiedzialności z tytułu rękojmi.

Warunki ogólne ubezpieczeń żadnego z tych braków zawierać nie mogą, bowiem z jednej strony są one rezultatem wieloletnich badań i doświadczeń ze strony zakładów ubezpieczeń, z drugiej zaś strony zatwierdzane są przez władze nadzorcze, które niewątpliwie nie zatwierdziłyby ich, gdyby zawierały one jakikolwiek przepis niezgodny z porządkiem publicznym, ustawą lub dobrymi obyczajami lub też niemożliwy do wykonania. Władze nadzorcze aż nadto skrupulatnie i uważnie warunki te badają przede wszystkim pod kątem widzenia zapewnienia maximum praw dla ubezpieczającego, aby jakikolwiek przepis sprzeczny z art. 55 i 56 KZ mógł się w nich ostać.

Z całokształtu przepisów o obowiązku deklarowania okoliczności mających wpływ na ustalenie ryzyka wyodrębniają się specjalne przepisy o zatajeniu w ubezpieczeniach życiowych. Oczywiście zatajenie jest przeciwstawieniem wykonania obowiązku deklarowania; zamiast zadeklarowania spotykamy w tym wypadku ukrycie (zamilczenie) pewnych faktów, o które zakład ubezpieczeń zapytuje. Ukrycie to ma na celu wprowadzenie w błąd przede wszystkim lekarza, który bada ubezpieczonego, a następnie zarząd zakładu ubezpieczeń, który decyduje o przyjęciu lub odrzuceniu ubezpieczenia.

Przepisy te rozpatrzymy biorąc za podstawę odpowiednie przepisy jednego z naszych zakładów ubezpieczeń na życie. W myśl warunków ogólnych zakład ubezpieczeń może umowę ubezpieczenia rozwiązać, jeżeli ubezpieczający lub ubezpieczony przy zawieraniu, zamianie lub wznawianiu ubezpieczenia zataili znane sobie okoliczności mogące mieć wpływ na przyjęcie ryzyka, lub też udzielili co do tych okoliczności niezgodnych z prawdą wiadomości (również § 3 ust. 1 a. ust.; § 16 ust. 1, 2, 17 ust. 1 n. ust., art. 21 franc. ust., art. 6 szw. ust. Austriacka ustawa mówi o „doniosłych momentach niebezpieczeństwa", niemiecka zaś ustawa o „ważnych okolicznościach" — zasadniczej różnicy w tym wypadku nie ma.

Jeżeli ubezpieczający lub ubezpieczony mieli zadeklarować okoliczności ryzyka na podstawie pytań piśmiennych, zadanych przez zakład ubezpieczeń, to ostatni może rozwiązać umowę z powodu niezadeklarowania okoliczności, co do których nie było wyraźnego zapytania, tylko w razie podstępnego przemilczenia takich okoliczności (również § 3 ust. 2 a. ust., § 18 ust. 2 niem. ust.).

Rozwiązanie umowy jest dopuszczalne tylko w ciągu miesiąca od chwili otrzymania przez zakład ubezpieczeń wiadomości o pogwałceniu

obowiązku deklarowania (również § 6 ust. 1 a. ust., § 20 ust. 1 n. ust., art. 6 szw. ust. — Szwajcarska ustawa przewiduje w tym wypadku termin czterotygodniowy).

Rozwiązanie jest niedopuszczalne w wypadkach następujących:

a) gdy zostanie udowodniony brak wszelkiej winy w tym względzie ze strony ubezpieczającego i ubezpieczonego (również § 4 ust. 3 a. ust., § 16 ust. 3 i 17 n. ust.);

b) gdy zostanie udowodnione, że okoliczność, względem której pogwałcono obowiązek deklarowania, nie wywarła żadnego wpływu na przyczynę śmierci ubezpieczonego ani na wysokość świadczenia zakładu ubezpieczeń (również § 3 ust. 3 i § 4 ust. 4 a. ust. i § 21 n. ust., art. 21 franc. ust.);

c) gdy od daty zawarcia, zamiany lub wznowienia ubezpieczenia upłynęło 3 lata (§ 136 ust. 1 a. ust. — 5 lat, § 163 n. ust. — 10 lat, art. 25 franc. ustawy — 2 lata).

Przy rozwiązaniu umowy zakład ubezpieczeń zachowuje prawo do bieżącej składki rocznej (również § 6 ust. 2 a. ust. i § 40 ust. 1 n. ust.).

Przy ubezpieczeniach z opłaconą składką jednorazową lub przynajmniej 3 letnią zakład ubezpieczeń wypłaca tylko sumę wykupu (również § 146 a. ust. i § 176 n. ust. przy ubezpieczeniach kapitału na wypadek śmierci, art. 21 franc. ust.).

Zakład ubezpieczeń nie traci prawa do skargi sądowej o rozwiązanie lub unieważnienie umowy i po upływie 3 lat, jeżeli zostanie udowodnione, że ubezpieczający, ubezpieczony lub też uposażony popełnili przestępstwo w celu zawarcia lub wznowienia umowy. W tym wypadku składki uiszczone przepadają na rzecz zakładu ubezpieczeń (§ 136 a. ust. i § 163 n. ust., prawo do odstąpienia od umowy i po upływie terminu prekluzyjnego przyznają zakładowi ubezpieczeń w razie podstępu ze strony ubezpieczającego).

Prócz tych przepisów w ustawach austriackiej i niemieckiej o umowie ubezpieczenia spotykamy jeszcze przepisy regulujące: 1. tryb odstąpienia od umowy (§ 6 ust. 1 a. ust. — zakład ubezpieczeń obowiązany jest o odstąpieniu zawiadomić pisemnie ubezpieczającego; § 20 ust. 2 — odstąpienie uskutecznia się przez oświadczenie ubezpieczającemu); 2. co należy rozumieć pod pojęciem „doniosłe momenty niebezpieczeństwa" (§ 3 ust. 3 a. ust. — w razie wątpliwości za doniosły uchodzi każdy moment niebezpieczeństwa, co do którego skierowane jest pisemne pytanie zakładu ubezpieczeń, sformułowane stanowczo i niedwuznacznie, § 18 ust. 1 n. ust. — w razie wątpliwości będzie poczytana za ważną ta okoliczność, o którą ubezpieczający zapytywał wyraźnie i na piśmie — również i art. 4 ust. 3 szw. ust.).

II.

Przepisy przytoczone, które muszą być brane pod uwagę przy rozpatrywaniu wypadków zatajenia, zdawałoby się są zupełnie wyraźne i żadnych wątpliwości budzić nie powinny, w praktyce jednak obrońcy zakładów ubezpieczeń spotykają się z szeregiem zarzutów. Postaramy się przepisy te rozpatrzyć z podkreśleniem zarzutów zwykle spotykanych oraz zaznaczeniem stanowiska, jakie w tych kwestiach zajęły już nasze sądy.

1) *Odstąpienie od umowy ubezpieczenia czy jej rozwiązanie.*

W prawie o zobowiązaniach, a specjalnie w przepisach o umowach, spotykamy kilka terminów: odstąpienie od umowy, wypowiedzenie umowy, zerwanie umowy, rozwiązanie umowy itp., wszystkie te terminy dają się sprowadzić do 2 zasadniczych kwestii: a) rozwiązania umowy formalnego i b) zwolnienia strony od obowiązku świadczenia bez potrzeby formalnego rozwiązywania umowy. Formalne rozwiązanie umowy nastąpić może kilkoma sposobami: a) przez odstąpienie strony od umowy, polegające na tym, że strona zawiadamia drugą, iż od umowy odstępuje (rozwiązuje umowę, zrywa umowę, wypowiada umowę) niezwłocznie lub po pewnym czasie i że nadal umowy zawartej wykonywać nie będzie; b) przez zgodne rozwiązanie umowy przez strony; c) wreszcie przez żądanie rozwiązania umowy przez sąd.

Wszystkie powołane wyżej przepisy ubezpieczeniowe głoszą, iż zakład ubezpieczeń może w razie stwierdzenia zatajenia rozwiązać umowę ubezpieczenia (odstąpić od umowy, vom Vertrag abgehen, als ob er nicht geschlossen wäre — Rücktritt, vom Vertrag zurücktretten). Niewątpliwie mamy tu do czynienia z rozwiązaniem umowy przez jedną ze stron, które ją zawarły — zakład ubezpieczeń — drogą oświadczenia przesłanego drugiej stronie — ubezpieczającemu — bez potrzeby występowania na drogę sądową o rozwiązanie. Forma tego oświadczenia nie jest przewidziana i dlatego może ono być uskutecznione w takiej formie, jaką strona uzna za właściwą. W praktyce naszych zakładów ubezpieczeń utarł się zwyczaj, iż zakład ubezpieczeń zawiadamia listem poleconym osoby uprawnione do odbioru sumy ubezpieczenia, że odmawia wypłacenia tej sumy. Ten sposób rozwiązania umowy jest zupełnie usprawiedliwiony, bowiem jedynym obowiązkiem, jaki obciąża zakład ubezpieczeń, jest obowiązek wypłacenia sumy ubezpieczenia. Skoro zatem zakład ubezpieczeń oświadcza, że obowiązku tego nie uznaje, podaje zatem wyraźnie do wiadomości drugiej stronie, że odstępuje od umowy. O obowiązku występowania do sądu o rozwiązanie umowy nie może być mowy. Wystarczy powołanie się przez zakład ubezpieczeń na odmowę wypłacenia odszkodowania, o ile oczywiście uskutecznione ono zostało w warunkach przewidzianych w przepisach ubezpieczeniowych, w razie zaś wytoczenia zakładowi procesu o wypłacenie sumy ubezpieczenia — w drodze zarzutu.

Kwestia ta już niejednokrotnie przez sądy nasze była rozpatrywana i nie jest nam znany wyrok jakiegokolwiek sądu, któryby inaczej rozumiał powołane przepisy. Wreszcie Sąd Najwyższy w orzeczeniach swych z dnia 22 września 1933 roku C. III. 81/83 Zbiór Orzeczeń 1934.IV.255 i z dnia 9 października 1935 roku C. II. 977/35 Zbiór Orzeczeń 1936.II.87 ustalił następujące zasady w kwestii odstąpienia od umowy ubezpieczenia:

Aby zwolnić się od świadczenia, ustalonego w umowie ubezpieczenia z powodu nieprawdziwych lub niedokładnych odpowiedzi na zadane ubezpieczającemu pytania przy badaniu lekarskim, zakład ubezpieczeń musi w terminie oznaczonym w warunkach ogólnych oznajmić o odstąpieniu od umowy.

a) *Termin oznajmienia.* Termin oznajmienia, przewidziany w warunkach ogólnych, musi być przez zakład ubezpieczeń zachowany, nie jest jednak uzależniony od tego, czy zaszedł wypadek przewidziany w umowie

ubezpieczenia, czy też nie. Inaczej mówiąc zakład ubezpieczeń może odstąpić od umowy i po wypadku.

b) *Odkąd liczy się termin powyższy.* Termin, jaki warunki ogólne zakreślają zakładowi ubezpieczeń od odstąpienia od umowy, biegnie od momentu otrzymania wiadomości o wadliwości zeznań, a nie od momentu, gdy zakład ubezpieczeń nabierze przekonania, że otrzymane wiadomości są prawdziwe.

c) *Komu należy oznajmić o odstąpieniu.* Na ogół ani przepisy ustawowe, ani ogólne warunki ubezpieczenia nie przewidują, komu zakład ubezpieczeń musi oznajmić o odstąpieniu od umowy. W wypadkach powołanych Sąd Najwyższy stwierdza, iż jeśli przepisy szczególne nie stanowią inaczej, należy stosować przepisy ustaw ogólnych cywilnych. Z tych względów o odstąpieniu od umowy zakład ubezpieczeń winien oznajmić przede wszystkim ubezpieczającemu, jako kontrahentowi. Po śmierci ubezpieczającego oznajmić o odstąpieniu od umowy zakład ubezpieczeń może tak spadkobiercom, jak i tej osobie, której przysługują prawa z umowy, która ma bezpośrednie roszczenie do zakładu i która jedynie może rozporządzać się tym roszczeniem.

d) *Tryb oświadczenia o odstąpieniu.* Treść oświadczenia, jakie zakład ubezpieczeń winien przesłać stronie uprawnionej, o swym odstąpieniu od umowy ubezpieczenia, nie jest decydującą. Według Sądu Najwyższego w treści tej nie musi być użyty termin „odstąpienie" i wystarcza jeśli zakład ubezpieczeń stwierdza, że z powodu wad wniosku ubezpieczeniowego rozwiązuje umowę, czy też odmawia zapłaty sumy ubezpieczenia.

Pozostawałaby jeszcze jedna kwestia, jaka się tu nasuwa, a jaka nie była jeszcze rozpatrywana przez Sąd Najwyższy, związana z oznajmieniem o odstąpieniu od umowy, a mianowicie: komu zakład ubezpieczeń winien oznajmić o odstąpieniu od umowy ubezpieczenia, gdy nie są mu znani spadkobiercy ubezpieczającego. W tym wypadku należałoby rozstrzygnąć dwa pytania: czy jest sposób oznajmienia i komu o odstąpieniu od umowy, czy też może termin prekluzyjny biegnie dopiero od momentu, kiedy zakład ubezpieczeń dowiedział się o tym, kto jest uprawniony do odbioru sumy ubezpieczenia. To ostatnie pytanie należy rozstrzygnąć przecząco: zarówno przepisy ubezpieczeniowe, jak i wyroki Sądu Najwyższego przytoczone wyżej dość kategorycznie ujmują kwestię terminu: liczy się on od momentu, gdy zakład ubezpieczeń dowiedział się, że ma miejsce zatajenie. Odraczanie zatem tego momentu do momentu dowiedzenia się przez zakład o tym, kto jest spadkobiercą ubezpieczającego, czy też uposażonym, nie wydaje się możliwym. Rozwiązanie tej kwestii znajdujemy raczej w obowiązujących przepisach prawa cywilnego i postępowania cywilnego.

2. *Zatajenie jakich okoliczności skutkuje nieważność umowy.*

Jak wspomnieliśmy wyżej, mówiąc o przepisach obowiązujących w tej dziedzinie, zakład ubezpieczeń może rozwiązać umowę ubezpieczenia, jeżeli ubezpieczający lub ubezpieczony zataili znane sobie okoliczności, mogące mieć wpływ na przyjęcie ryzyka lub też udzielili co do tych okoliczności niezgodnych z prawdą wiadomości, o ile nie zostanie udowodnione, że okoliczność, względem której pogwałcono obowiązek deklarowania, nie wywarła żadnego wpływu na przyczynę śmierci ubezpieczonego.

W procesach przeciwnicy zakładów zarzucają często, że zakład ubezpieczeń winien udowodnić, że nie zawarłby ubezpieczenia, gdyby wiedział o zatajonej okoliczności.

Takie postawienie sprawy jest niesłuszne, bowiem udowodnienie takiego faktu nie byłoby nigdy możliwe. Nie może strona udawadniać, że nie zrobiłaby czegoś, gdyby wiedziała o pewnych okolicznościach.

Rozstrzygnięcie tej kwestii leży w innej zupełnie płaszczyźnie, a mianowicie wystarczy zupełnie, jeżeli zakład ubezpieczeń powoła się na to, że zatajona okoliczność mogła wywrzeć wpływ na decyzję zakładu w kwestii przyjęcia czy nieprzyjęcia ubezpieczenia, a sąd zawsze może — jako najwyższy ekspert — określić, czy stanowisko zakładu jest słuszne, czy niesłuszne, tym bardziej, że w tym wypadku do pomocy sądowi przychodzą obowiązujące przepisy, ich analogia i interpretacja.

Jak widzieliśmy wyżej w przepisach ustawy austriackiej i niemieckiej mamy wyraźne przepisy, jakie okoliczności należy uważać za doniosłe momenty niebezpieczeństwa (za ważne okoliczności) — te, o które zakład ubezpieczeń zapytywał pisemnie. Jeżeli zatem w dwu zaborach naszego Państwa kwestia ta uregulowana jest ustawowo, to nic nie stoi na przeszkodzie, aby sąd zastosował te przepisy w drodze analogii i na terenach, gdzie nie obowiązują te ustawy. Stanowisko to jest tym jeszcze słuszniejsze, że z interpretacji warunków ogólnych ubezpieczenia również ta sama zasada wypływa. W warunkach tych mamy przepis, że zakład ubezpieczeń może rozwiązać umowę z powodu niezadeklarowania okoliczności, co do których nie było wyraźnego zapytania, tylko w razie podstępnego przemilczenia takich okoliczności. Z przepisu tego niewątpliwie wynika, że okoliczności, co do których było zadawane ubezpieczającemu lub ubezpieczonemu pytanie na piśmie, są właśnie okolicznościami mogącymi mieć wpływ na przyjęcie ryzyka. Takie rozwiązanie tej kwestii jest jedynie prawidłowe, po cóż bowiem zakład ubezpieczeń zadawałby pytania, które mogłyby nie mieć wpływu na ukształtowanie się jego decyzji w kwestii przyjęcia ubezpieczenia.

Sąd Najwyższy nasz wypowiedział się już raz w tej kwestii na tle przepisów austriackiej ustawy o umowie ubezpieczenia w orzeczeniu przytoczonym przez nas w Nr. 2/3 Przeglądu 1936 roku na str. 113 — 115 z dnia 14 grudnia 1934 C. II. 1932/34, w którym Sąd uznał, że okoliczności zatajone przez ubezpieczającego objęte były pytaniami i dlatego należy je uważać za istotne.

3. Skutki badania lekarskiego.

W wielu wypadkach strony zarzucają, że skoro ubezpieczający czy ubezpieczony poddał się badaniu lekarskiemu i lekarz uznał, że nadaje się on do ubezpieczenia, to nie może być mowy o świadomym zatajeniu choroby istniejącej lub przebytej, bowiem nikt nie może się lepiej orientować w stanie swego zdrowia od lekarza, który go bada.

Odbicie tego poglądu spotykamy nawet w wyrokach, na szczęście jednak nie Sądu Najwyższego, który dotychczas jeszcze w tej kwestii nie wypowiedział się. Mamy prawo przypuszczać, że nasz Sąd Najwyższy takiego błędu nie popełni, gdyby bowiem stanowisko to utrzymało się, przekreśliłoby zupełnie kwestię zatajenia, co w konsekwencji swej musiałoby

pociągnąć za sobą znaczne podrożenie ubezpieczenia życiowego, zakłady ubezpieczeń bowiem byłyby narażone na przyjmowanie złych bo oszukańczych ryzyk, a przez to kalkulacja ubezpieczeniowa wyglądałaby zupełnie inaczej.

Ubezpieczenia na wypadek śmierci dzielą się na dwie grupy: z badaniem lekarskim i bez badania lekarskiego. Ubezpieczenia bez badania lekarskiego są to tzw. ubezpieczenia ludowe, zawierane na sumy niewielkie. O przyjęciu lub odrzuceniu ubezpieczenia tego typu decyduje zakład ubezpieczeń na podstawie jedynie zeznań własnych ubezpieczającego, podczas gdy w ubezpieczeniach z badaniem lekarskim zakład ubezpieczeń przy rozpatrywaniu kwestii przyjęcia lub odrzucenia wniosku ubezpieczeniowego bierze pod uwagę poza innymi względami i wynik badania lekarskiego. Badanie lekarskie jest w tym wypadku jedną z przesłanek, na których zakład ubezpieczeń opiera swą decyzję. Wiadome są wypadki, gdy zakłady ubezpieczeń odrzucają wnioski ubezpieczeniowe osób, które lekarz zakwalifikował jako nadające się do przyjęcia do ubezpieczenia. Przyczyny takiego ustosunkowania się zakładu ubezpieczeń do danego ubezpieczenia mogą być najrozmaitsze, a przede wszystkim choroby rodziców lub rodzeństwa ubezpieczającego się, które mogą mieć b. poważny wpływ i na organizm jego.

Ubezpieczenia bez badania lekarskiego są zawsze droższe od ubezpieczeń z badaniem lekarskim, to ostatnie bowiem opiera się na statystycznych danych, zbieranych przez zakłady ubezpieczeń na całym świecie w postaci tzw. tablic śmiertelności, budowanych na podstawie wieloletniej statystycznej obserwacji przebiegu śmiertelności ubezpieczonych z badaniem lekarskim.

Wreszcie, a co jest najważniejsze pod kątem widzenia naszych rozważań, warunki ogólne ubezpieczeń bez badania lekarskiego zawierają zwykle tzw. karencję, polegającą na tym, że zakład ubezpieczeń wolny jest od obowiązku świadczenia, gdy wypadek, przewidziany w umowie ubezpieczenia, zajdzie w pierwszych latach ubezpieczenia. A zatem jest to przepis bez porównania bardziej niekorzystny dla ubezpieczających, aniżeli przepisy o skutkach zatajenia, które pozwalają zakładowi ubezpieczeń zwolnić się od obowiązku świadczenia, gdy zakład dowiedział się w pierwszych latach ubezpieczenia, że został przez ubezpieczającego wprowadzony w błąd. O ile o fakcie takim zakład nie ma wiadomości, obowiązany jest wypłacić sumę odszkodowania niezależnie od momentu, kiedy zajdzie wypadek przewidziany w umowie ubezpieczenia.

Z zestawienia tych danych wynika, że nie można porównywać tych dwu rodzajów ubezpieczeń na wypadek śmierci i wyprowadzać jakichkolwiek wniosków co do celowości i ważności przepisów o skutkach zatajenia. Skutki zatajenia przewidują wszystkie prawodawstwa, co dowodzi, że nie są one jakimś specjalnym obciążeniem stron uprawnionych do otrzymania sum ubezpieczonych, a są podyktowane troską o solidność i taniość ubezpieczenia na życie. A jeśli tak, to nie można przepisów tych osłabiać przez nadawanie badaniu lekarskiemu znaczenia takiego, jakiego ono nie posiada ani ustawowo, ani w praktyce zakładów ubezpieczeń. Żadna ze znanych nam ustaw o umowie ubezpieczenia nie zawiera najmniejszej wzmianki o tym, że badanie lekarskie ubezpieczającego zwalnia go od skutków przepisów o zatajeniu. Również i warunki ogólne ubezpieczeń na

życie z badaniem lekarskim oraz druki wniosków i badań lekarskich podobnego przepisu nie zawierają, a odwrotnie zawsze znajdujemy w nich wyraźnie i to najczęściej wielokrotnie podkreśloną zasadę, że zatajenie stanu zdrowia przy badaniu lekarskim pociąga za sobą uprawnienie zakładu ubezpieczeń do rozwiązania umowy ubezpieczenia.

W warunkach ogólnych i drukach na ogół spotykamy następujące przepisy i klauzule: przede wszystkim w warunkach ogólnych przepisy przytoczone wyżej stanowiące ogólne zasady co to jest zatajenie i jakie skutki jego ponosi ubezpieczający. Następnie we wniosku o ubezpieczeniu na życie z badaniem lekarskim ubezpieczający stwierdza: a) że otrzymał egzemplarz ogólnych warunków ubezpieczenia i treść ich przyjmuje do wiadomości, b) że odpowiedzi na pytania we wniosku zamieszczone są dokładne i prawdziwe oraz c) że zgadza się zarazem, aby te odpowiedzi razem z odpowiedziami, których udzieli lekarzowi Towarzystwa, stanowiły podstawę do umowy o ubezpieczenie, którą ma zawrzeć na podstawie ogólnych warunków ubezpieczenia, treść których jest mu znana. Wreszcie na formularzu badania lekarskiego lekarz badający stwierdza, że odpowiedzi ubezpieczonego na pytania w pierwszej części świadectwa spisał ściśle podług zeznań osoby badanej, która stwierdziła je podpisem w obecności jego.

Nie ulega wątpliwości, że skoro odpowiedzi ubezpieczonego mają stanowić podstawę zawieranej umowy ubezpieczenia i ubezpieczający zdaje sobie z tego sprawę, to udzielenie nieprawdziwych odpowiedzi skutkować musi prawo dla zakładu ubezpieczeń odstąpienia od zawartych umów.

Na takim też stanowisku stanął Sąd Najwyższy w orzeczeniu z dnia 14 grudnia 1934 roku w sprawie C. II. 1932/34, w którym uznał, że zakład ubezpieczeń uprawniony był do odstąpienia od umowy ubezpieczenia, skoro ubezpieczający zataił chorobę, na którą był chory i która była przyczyną śmierci.

Twierdzenie, iż badanie lekarskie przekreśla nielojalność ubezpieczającego, jest niesłuszne jeszcze i dlatego, że badanie lekarskie nie decyduje o przyjęciu lub odrzuceniu ubezpieczenia. Badanie lekarskie jest jedną z czynności wewnętrznych zakładu ubezpieczeń, mającą na celu dostarczenie zakładowi materiału orientacyjnego do decyzji, czy z punktu widzenia medycyny ubezpieczeniowej ubezpieczający nadaje się do ubezpieczenia, czy nie nadaje się. W tych warunkach lekarz bynajmniej nie rozstrzyga o stanie zdrowia ubezpieczającego, a przygotowuje jedynie materiał dla naczelnego lekarza, który daje swą opinię władzom zakładu ubezpieczeń, podając co o swym zdrowiu i przebytych chorobach podał mu ubezpieczający i jakie wnioski lekarz badający wysnuł z podanych mu faktów. Opinia naczelnego lekarza także nie jest ostateczną i również jest tylko częścią materiału orientacyjnego dla władz zakładu ubezpieczeń.

Dopiero po zestawieniu opinii lekarskich z odpowiedziami ubezpieczającego zarząd zakładu ubezpieczeń decyduje, czy może dane ubezpieczenie przyjąć. Jeżeli zatem choć jedna z przesłanek, na których zakład opiera się, jest fałszywa, decyzja zakładu jest wadliwa i łatwo może pociągnąć za sobą niekorzystny dla zakładu skutek — nieprawidłową ocenę ryzyka, — a co za tym idzie—zawarcie umowy niekorzystnej, z osobą działającą w złej wierze—w celu oszukania zakładu. Ponadto niewątpliwym jest, że nieprawdziwe odpowiedzi ubezpieczającego co do stanu jego zdrowia i przebytych

przez niego chorób muszą wywołać fałszywą diagnozę już choćby tylko dlatego, że a) lekarz badający jak każdy człowiek może, mimo najlepszej wiedzy i staranności, omylić się lub czegoś nie zauważyć, podczas gdy mając prawdziwe dane z przeszłości chorego zwróciłby specjalną uwagę na możliwe następstwa przebytych lub rodzinnych cierpień i uniknąłby pomyłki; b) pewne choroby nie dają się wykryć bez specjalnego, klinicznego badania, a mają zasadnicze znaczenie przy określaniu stanu zdrowia i ocenie ryzyka ubezpieczeniowego (kiła, krwotoki płucne, niektóre choroby serca, dusznica bolesna, alkoholizm, narkomania itp.); c) pewne choroby, które dana osoba przeszła, ulegają nawrotom (reumatyzm stawowy, angina); d) pewne choroby przechodzą w drodze dziedziczności (choroby umysłowe, samobójstwa, gruźlica, rak, cukrzyca). Normalne badanie chorego przez lekarza odbywa się zawsze w ten sposób, że chory podaje lekarzowi wszelkie znane mu fakty, mogące pomóc lekarzowi zorientować się w stanie jego zdrowia, przebyte choroby, stan zdrowotny rodziców i rodzeństwa, odczuwane objawy itp. Na podstawie tych danych lekarz ma możność zorientowania się w stanie zdrowia badanego. Jeżeli natomiast badany nie tylko nie wypowie wszystkiego, ale odwrotnie poda lekarzowi fałszywe dane, to przyczynia się do postawienia fałszywej diagnozy, a tym samym i do wprowadzenia w błąd władz zakładu ubezpieczeń decydujących, czy dane ubezpieczenia nadają się do przyjęcia.

III.

Niejednokrotnie obrońcy zakładów ubezpieczeń spotykają się z zarzutami, że zakłady ubezpieczeń nie powinny dopuszczać do powstawania spraw o zatajenie, bo to podrywa zaufanie ogółu do naszych zakładów ubezpieczeń. Tak skonstruowany zarzut jest pozbawiony wszelkich cech słuszności, wskazuje, jak u nas nawet ludzie, zdawałoby się wyrobieni społecznie, nie orientują się zupełnie w kwestiach polityki ubezpieczeniowej i nie rozumieją zupełnie istoty ubezpieczenia. Gdyby zakłady ubezpieczeń zaniechały prowadzenia spraw tego rodzaju, wówczas skutki nie dałyby długo na siebie czekać. W bardzo niedługim czasie tablice śmiertelności musiałyby się zmienić, bowiem obecne przepisy ustawodawcze, warunki zawieranych umów i świadomość, że zakłady ubezpieczeń zdecydowanie walczą z zatajeniem, powstrzymuje b. wielu ludzi od zawierania oszukańczych ubezpieczeń. Jeśli ustawy i zakłady ubezpieczeń zmuszone były wprowadzić tzw. klauzule samobójstwa, na mocy których zakład ubezpieczeń wolny jest od obowiązku świadczenia, jeśli ubezpieczony popełnia samobójstwo w ciągu pewnego czasu od daty zawarcia, to cóż dopiero mówić o zatajeniu chorób, które są trudne do wykrycia przy zwykłym badaniu lekarskim. Skoro zdarzały się aż nadto często wypadki, że ludzie ubezpieczali się i pozbawiali się życia, aby zapewnić dobrobyt swym bliskim i wypadki te zdarzały się tak często, że trzeba było wspomniane klauzule wprowadzić, to ileż byłoby zatajeń, gdyby ustawodawcy i zakłady ubezpieczeń z nimi nie walczyli. W tych warunkach niewątpliwie przepisy o zatajeniu są istotnymi warunkami zawieranych umów ubezpieczeń na życie i dają zakładom ubezpieczeń możność choć w pewnej części obronić się przed nierzetelnymi kontrahentami, którzy przekonawszy się, że cierpią na chorobę ciężką, a nierozpoznawalną przy zwykłym, powierzchownym badaniu lekarskim, zawierają umowy ubezpieczenia i w ten sposób narażają zakła-

dy ubezpieczeń na przyjmowanie ryzyk nienormalnych, bo nieprzewidzianych w kalkulacji ubezpieczeniowej. Dlatego też obrona przed tego rodzaju nadużyciem ze strony ubezpieczających jest nie tylko prawem, ale i obowiązkiem zakładów ubezpieczeń, które muszą dbać o to, aby portfel ich był normalny, tj. zgodny z zasadami zdrowej kalkulacji ubezpieczeniowej. Bez porównania ważniejszą jest dla zakładów ubezpieczeń świadomość, iż spełniają swe obowiązki należycie, a przez to samo posiadają uznanie tych, którzy na ubezpieczenie zapatrują się poważnie, aniżeli zadowolenie ludzi, którzy krytykują to, czego nie rozumieją, a co gorsza może i rozumieją, ale dla takich czy innych powodów udają, że nie rozumieją, — takich ludzi nie przekona się niczym, a każde ustępstwo poczytywaliby za słabość.

IV.

Przepisy i zasady przytoczone wyżej nie mają zastosowania do wypadku zatajenia prawdziwego wieku ubezpieczającego, tj. zadeklarowania przy zawieraniu umowy ubezpieczenia wieku osoby ubezpieczonej niezgodnie z rzeczywistością. W tym wypadku umowa ubezpieczenia w zasadzie jest ważną, natomiast zakład ubezpieczeń: a) w razie podania wieku niższego suma ubezpieczenia ulega redukcji w stosunku do różnicy pomiędzy składką odpowiadającą rzeczywistemu wiekowi ubezpieczonego a składką ustaloną w umowie ubezpieczenia (§ 134 p. 1 a. ust., § 162 n. ust., art. 75 p. 1 szw. ust., art. 81 ust. 2 franc. ust.); b) w razie zaś podania wieku wyższego zakład ubezpieczeń winien zwrócić ubezpieczającemu różnicę rezerwy składki przy jednoczesnym sprostowaniu przyszłych składek (§ 134 p. 4 a. ust., art. 75 p. 2 szw. ust., art. 81 ust. 2 franc. ust.).

W wypadku zatajenia prawdziwego wieku zakład ubezpieczeń może jednak w jednym wypadku odstąpić od umowy ubezpieczenia, a mianowicie wówczas, gdy rzeczywisty wiek ubezpieczonej osoby wychodzi poza ramy, w których zakład ubezpieczeń stosownie do swego planu działalności zawiera umowy ubezpieczenia (§ 134 p. 3 a. ust., § 162 n. ust., art. 75 ust. 1 szw. ust., art. 81 ust. 1 franc. ust.).

Ponadto w powołanych ustawach o umowie ubezpieczenia spotykamy specjalne przepisy w tej kwestii, a mianowicie: a) w § 134 p. 2 a. ust. znajdujemy przepis, że w razie zredukowania sumy ubezpieczenia wskutek podania przez ubezpieczającego lub ubezpieczonego jego wieku, ubezpieczający uprawniony jest do żądania podwyższenia sumy ubezpieczenia do pierwotnej wysokości, o ile takie żądanie zgłoszone zostanie przed zajściem wypadku, przewidzianego w umowie ubezpieczenia i o ile ubezpieczający wpłaci różnicę składki z 5% za cały ubiegły czas trwania umowy ubezpieczenia; b) według art. 75 p. 1 szw. ust. zakład ubezpieczeń uprawniony jest do poszukiwania zwrotu odpowiedniej części wypłaconej już sumy z odsetkami ustawowymi w razie wypłacenia sumy ubezpieczenia, jeśli dowie się o podaniu wieku nieprawdziwego.

W zaborze porosyjskim identyczny przepisy znajdujemy w ogólnych warunkach ubezpieczenia na życie zakładów ubezpieczeń.

Witosław Kolisko
Adwokat.

FELIKS KRONSTEIN.

ZMIANA OSÓB W ZOBOWIĄZANIACH A POLISY NA OKAZICIELA.

I.

Prawo rzymskie nie dozwalało [1]) dobrowolnych zmian w osobach, związanych stosunkiem umownym — nie dozwalało, aby strona, mająca prawo żądania, mogła to prawo ustąpić, wychodziło bowiem z założenia, że dany stosunek ex contractu z natury swej egzystuje i egzystować może tylko pomiędzy tymi, a nie innymi osobami.

Jeżeli na miejsce wierzyciela (mawiali prawnicy rzymscy) postawić osobę trzecią, to otrzymamy nowy stosunek umowny zamiast poprzedniego; zamiast poprzedniego prawa — prawo nowe.

Ponieważ jednak potrzeby obrotu wymagały usunięcia tej czysto abstrakcyjnej formuły — obchodzono ją w ten sposób, że nie mogąc cedować swych praw z umowy, wierzyciel ustępował osobie trzeciej możliwość realizacji tej umowy, czyli prawo do skargi; w tych wypadkach cesjonariusz, działając jakby z upoważnienia cedenta, nie miał jednak obowiązku zdać temuż sprawozdania, lub wyrachować się ze swych czynności.

W ten sposób powstał, jako fikcja prawna, pełnomocnik w swoich sprawach, czyli „procurator in rem suam"; fikcja ta pozostała, działa bowiem jeszcze i obecnie, gdy wierzyciel wykonywa prawa lub skargi dłużnika, albo we własnym imieniu zwalcza czynności tegoż, zdziałane z jego szkodą [2]).

Późniejsza i nowoczesna myśl prawnicza [3]), obok oceny stosunków umownych z punktu widzenia momentu osobistego, wprowadziła nowe kryterium, doszukuje się bowiem ona w zobowiązaniach również i samoistnej materialnej wartości, istniejącej jako dodatnia część majątku wierzyciela (credit) i jako ujemna pozycja w majątku dłużnika (debet).

W związku z takim ujęciem rzeczy, ustąpienie nie ma miejsca z uwagi na istotę stosunku obowiązkowego, gdy wierzytelność jest przywiązana wyłącznie do osoby, a zmiana jej może dotknąć dłużnika — dozwolonym jest ono tam, gdzie materialna jego wartość jest abstrahowana i gdzie zmiana wierzyciela nie powoduje zmiany zobowiązania.

---

[1]) Tytułami na okaziciela w różnych formach posługiwano się w starożytności w Grecji, Judei i Kartaginie (A. Wahl. „Traité théorique et pratique des titres au porteur". Paryż 1891 r. T. I. Nr. 16 i 19).

[2]) Art. Art. 1166, 1167, 618, 622, 788, 820, 865, 882, 1053, 2205 i 2225 K. C. Por.: Art. 135 (ust. 2) Prawa hip. 1818 r. Vide art. art. 444 i 447 K. H. fr., art. 54 seq. Prawa upadłościowego, oraz art. 288 seq. K. Z.

[3]) Poprzez klauzule średniowiecza: „tibi vel cui istum breve vice vestra in manu paruerit" (rok 821), lub „cui tu isto cautum in manu emiseris" (rok 822), oraz niemiecką teorię: „sukcesji zobowiązania pomiędzy żyjącymi".

W tych wypadkach ustępuje się nie tylko prawo do skargi [4]), lecz wszystkie prawa z umowy płynące wraz z ich przynależytościami, jak poręczenie, przywilej i hipotekę [5]). Forma przelewu (cessio, transport de créance) w stosunku do stron kontraktujących — dowolna: ustna lub pisemna [6]); w stosunku do osób trzecich, a szczególniej dłużnika — tylko pisemna.

Drugą formą przelewu jest indos (indossamentum, włoskie dosso), przywiązany do tego tylko rodzaju zobowiązań, gdzie wierzyciel a priori zastrzega wykonanie świadczenia nie tylko dla siebie, lecz i „na zlecenie"; są to weksle, czeki, karty umów maklerskich (giełdowych), oraz polisy ubezpieczenia morskiego [7]).

Wreszcie ostatnią formą ustąpienia zobowiązania jest proste wręczenie tytułu wierzytelności osobie trzeciej sposobem rękodajnym (remise du titre), co ma miejsce przy dokumentach, lub tytułach na okaziciela [8]), przedmiotem których jest przeważnie prawo żądania jednostronnych, ściśle określonych świadczeń, jak zapłata pieniędzy, dostawa rzeczy zamiennych, lub nawet określonych, wykonanie czynności itd. [9]).

II.

Dokument na okaziciela jest po większej części papierem publicznego zaufania, tytułem obiegowym, czyli zbywalnym, posiadacz którego nie nabywa praw swego poprzednika, lecz prawa swe opiera bezpośrednio na przyrzeczeniu dłużnika-wystawcy, które tenże już uprzednio na jego korzyść złożył [10]).

W ten sposób nie ma tu miejsca na odpowiedzialność osób pośrednich względem tego lub innego posiadacza; ma on regres tylko do wystawcy dokumentu, który jakby bezpośrednio zawarł z nim umowę, bo nabycie dokumentu na okaziciela nie jest pochodne, lecz pierwotne.

Z drugiej strony, jeżeli z takiego dokumentu wypłacono okazicielowi (détenteur) sumę nim objętą, to poprzedni wierzyciel nie może zarzucać, że papier ten powierzył tylko tytułem depozytu, do inkasa, użytkownikowi, dał w zastaw itd., bo za zwrotem tego papieru, nie mając obowiązku ani dochodzenia czy okaziciel jest prawnym posiadaczem, ani badania dowodu

---

4) Por. Art. 210, p. 3 KPC.

5) Art. 170 (§ 2) KZ.

6) W Kod. Zobow. tylko pisemna Art. 172.

7) Vide również Art. Art. 10 i 61 prawa ubezpieczeniowego francuskiego.

8) Art. Art. 171 i 172 (zdanie drugie) KZ.

9) Kupony na wydawnictwa, wychodzące częściami; karty żywnościowe (żądanie dostarczenia żywności); bilety jazdy (żądanie przewozu osoby); bilety teatralne (żądanie używania miejsca w teatrze) — są to pokwitowania, lub dowody uprawnienia z jakiejś umowy.

Od dokumentów na okaziciela odróżniają się tym, że nie są źródłem zobowiązania (które w rzeczywistości wypływa z poprzednio zawartej umowy), że do realizacji umowy nie jest koniecznym zwrot takiego znaku (Art. 230, § 2 KZ.) i że postępowanie umarzające jest niemożliwe, wobec braku cech, odróżniających w sposób dostateczny jeden znak od drugiego.

10) Rozróżniamy dokumenty na okaziciela: a) obligacyjne (KZ.), a w tym i książeczki wkładkowe (Art. 25 seq. Prawa Bankowego z 1928 r.); b) rzeczowe (Art. 70 tegoż Prawa Bankowego — listy zastawne) i c) stwierdzające udział w majątku osoby prawnej (Art. 309, 345, 346, 352, 358, 399, 433 K. H. — akcje).

tożsamości okaziciela i jego podpisu — dłużnik-wystawca płaci każdemu, a nawet znalazcy, w razie zagubienia lub kradzieży [11]).

Wierzytelność, jak pisze dr A. Doliński [12]), jest tak ściśle złączoną (związaną) z papierem (dokumentem), że powstanie i wykonanie tej wierzytelności inaczej nie może nastąpić, jak tylko za pomocą papieru (dokumentu), a więc nie można być wierzycielem dokumentu, nie będąc równocześnie jego właścicielem i vice versa nie można być właścicielem dokumentu, nie będąc równocześnie uprawnionym.

Dokument na okaziciela nie jest umową na korzyść trzeciego, ale ofertą ad incertam personam [13]), którą przyjmuje każdy dalszy nabywca, a więc charakterystyczną cechą takiego dokumentu jest moment i sposób jego zbywalności, a mianowicie, że przechodzić on może z ręki do ręki przez samo proste wydanie (wręczenie) [14]) i bez potrzeby oddzielnego oświadczenia (Art. 171 KZ.).

Prawo domagania się od wystawcy spełnienia świadczenia [15]) za zwrotem dokumentu, powstaje dla każdego bez wyjątku posiadacza z chwilą przeniesienia (transmissio) z osoby na osobę własności pełnej, lub podzielnej, bez potrzeby wykonywania tytułu swego poprzednika.

To prawo domagania się nigdy nie jest prawem osobistym, lecz zawsze i wyłącznie prawem rzeczowym, bo jak pisze Doliński w kwestiach weksli [16]) (i co znajduje tu pełne zastosowanie) — związanie wierzytelności z papierem (dokumentem), jako rzeczą zmysłową, inkorporacja prawa w rzecz fizyczną i zmysłową, pozwala na zastosowanie do obrotu okazicielskiego (u Dolińskiego: wekslowego) reguł prawa rzeczowego (posiadanie, własność, zastaw, przelew itd.), a prawo rzeczowe, zgodnie z ujęciem W. Holewińskiego [17]), daje osobie bezpośrednią moc nad rzeczą i w ślad za tą rzeczą idzie, bez względu na to, w czyim w danej chwili ręku rzecz ta się znajduje.

Jeżeli w zobowiązaniach dłużnych imiennych (à personne dénommée) akt jest dowodem istnienia długu, biorącym początek w stosunkach osobistych — to w zobowiązaniach na okaziciela, moment prawa żądania, czyli ich wartość materialna, jest samoistna (Inkorporierte Obligationen), bo od stosunków osobistych niezależna, albowiem okaziciel nabywa nie prawa swego poprzednika, lecz prawa abstrakcyjne, bo z papieru płynące (Verkörperte Forderungsrechte), czyli prawa samodzielne, od konkretnej causa debendi oderwane i nieobciążone zarzutami ex persona auctoris [18]).

---

[11]) Wprawdzie dłużnik w takim wypadku zobowiązanie swe wykonał, tym nie mniej odpowiadać będzie tytułem odszkodowania, gdyby właściciel udowodnił, że dłużnik ten wypłacając, wiedział lub wiedzieć mógł o braku uprawnień okaziciela.
Por.: Art. 228 § 2 KZ., oraz Art. 504 i 505 KH.
Por.: S. N. Nr. Nr. 195/30 r., 175/31 r., 400/36 r. i 430/36 r.

[12]) „Polskie Prawo Wekslowe", 1925 r., str. 83.

[13]) Por. Art. 225 KZ.

[14]) Por. Art. 28 Prawa Bankowego z 1928 r.

[15]) Moment obowiązku wykonania na żądanie każdego, charakteryzuje dokument na okaziciela w odróżnieniu od dokumentów tzw. „kulejących", gdzie wobec indywidualnie oznaczonego wierzyciela dłużnik swe zobowiązanie wykonać musi, zaś wobec dalszych okazicieli — wykonać może lub nie.

[16]) Op. cit. str. 83.

[17]) „O zobowiązaniach", 1875 r., str. 4, punkt 8.

[18]) Stubenrauch (Commentar zum ABGB, Wiedeń 1903 r. Tom II, str. 814), powołując Savigny (Das Obligationenrecht. Tom II. 1853 r. str. 119) i Ungra, twierdzi, że przeciw skarżącemu wierzycielowi dłużnikowi przysługują takie zarzuty, które bezwzględnie niweczą zobowiązanie z dokumentu na okaziciela, jak nieautentycz-

Dlatego też przeniesienie pierwszych pozostawia ślad w formie podpisów każdego byłego właściciela i jest uwarunkowane prawem (indos, żyro, przelew)[19]), bo pierwiastek osobisty nigdy nie ginie — przy przeniesieniu zaś dokumentów na okaziciela, rola osobistych stosunków pomiędzy pierwotnym wierzycielem, jako podmiotem czynnym, oraz dłużnikiem-wystawcą, jako podmiotem biernym — ma znaczenie drugorzędne i zanika zupełnie, więc ich alienacja, pod względem sposobu jej uskutecznienia, nie różni się od alienacji zwykłej ruchomości, a co za tym idzie, posiadanie staje za tytuł.

Bo w tych wypadkach żądanie jest ściśle związane z dokumentem i wraz z nim staje się niejako rzeczą ruchomą, która przechodzi z rąk do rąk i która staje się przedmiotem prawa rzeczowego — obiektem własności i posiadania.

III.

Specjalną cechą dokumentów, lub tytułów na okaziciela, jest zarówno ten zasadniczy moment, że symbolizują one fundusz już istniejący[20]) i rozporządzalny, przenosząc na okaziciela prawo do pokrycia, złożonego u emitującego, jak i okoliczność, że osoba dłużnika jest zawsze wyraźnie określoną i niezmienną, wtenczas gdy osoba wierzyciela, nawet początkowego, jest nieznana, wskutek czego dłużnik-wystawca obowiązuje się zapłacić każdemu, kto mu dokument ten zaprezentuje, czyli każdemu okazicielowi (Porteur, Inhaber, Holder).

Przy dokumentach na okaziciela umyślnie nie oznacza się osoby wierzyciela, aby w ten sposób zagwarantować tym tytułom specjalnie wzmocnioną wartość materialną i obiegową. Nie stanowi różnicy, kto będzie, był lub jest wierzycielem i dlatego też okazicielska forma ma zastosowanie tylko tam, gdzie osoba wierzyciela nie odgrywa żadnej roli, wobec czego też, jak to wyżej wskazałem, nie ma mowy o jakichkolwiek formalnościach, lub dowodach przy transmisji takich tytułów. To przejście z rąk do rąk odbywa się bez wszelkiej legitymacji, bo via facti nabycia posiadania jak rzeczy ruchomej, przy czym to nabycie posiadania powoduje zarazem i nabycie prawa własności wraz ze wszystkimi jego atrybutami.

W ten sposób każdy posiadacz dokumentu na okaziciela jest wierzycielem, a nabywca w dobrej wierze od poprzednika-złodzieja jest również wierzycielem, bo dzierży on i posiada za siebie oraz pod tytułem właściciela[21]).

A więc dokument na okaziciela jest i symbolem żądania (bo to żądanie wyraża bezpośrednio) i jednocześnie instrumentem tegoż żądania (bo zabezpiecza jego realizację), a do tego wszystkiego konieczne jest tylko i wyłącznie posiadanie tego tytułu w swoich rękach jako swojej rzeczy.

Dla powstania zobowiązań na okaziciela konieczne są dwa momenty: 1) emisja ich (création) przez dłużnika i 2) przyjęcie przez wierzyciela[22]).

---

ności, niespełnienia się warunku zawieszającego, nienadejścia terminu (exceptiones in rem), niezdolności do działań prawnych wystawcy — natomiast nie przysługują zarzuty, jakie mógł był przeciwstawić wyłącznie poprzedniemu wierzycielowi, jak np. zapłata, zarachowanie, lub exceptio non numeratae pecuniae.

19) Por. Art. Art. 170 (§ 1), 172 i 173 KZ. — Art. 1690 i 1691 KC.

20) Art. 27 Prawa Bankowego. Art. 346 KH.

21) Por. Art. 28 Prawa Bankowego.

22) Spornym jest w nauce, czy prawo żądania z dokumentu okazicielskiego wypływa z samego jednostronnego aktu jego wystawienia (teoria kreacyjna) — (Sie-

A więc, właściwie mówiąc, nie ma tu odnośnej umowy pomiędzy dłużnikiem a wierzycielem [23]), bo obaj oni przeważnie się nie znają i nie mają ze sobą żadnej styczności — natomiast sama już emisja zobowiązania jest wyrazem woli wystawcy-dłużnika, która się zbiega z wolą wierzyciela w chwili przyjęcia tegoż zobowiązania.

IV.

Już nawet pobieżna analiza poprzednich wywodów wskazuje nam, że polisa na okaziciela nie jest dokumentem okazicielskim i że mamy tu tylko tę samą nomenklaturę — albowiem polisa jest przede wszystkim umową, wobec czego, w znaczeniu materialno-prawnym, nie jest ona tworem abstrakcyjnym ani inter partes, tj. pomiędzy kontrahentami, którzy umową ubezpieczeniową są związani, jako bezpośredni jej uczestnicy, ani też pomiędzy następcami z tytułu nakazów i norm prawa (przelew, spadek [24]), darowizna).

Jeżeli w dokumentach na okaziciela osoba wierzyciela nie gra żadnej roli, a nawet początkowy ich wierzyciel jest nieznany — to przy polisach alfą i omegą jest właśnie ta, a nie inna osoba ubezpieczonego, a prawa dalszych okazicieli są prawami pochodnymi od okaziciela pierwszego, czyli ubezpieczającego i z nim związane raz na zawsze.

Wskutek tego i ponieważ przelew polisy nie może nastąpić inaczej, jak wraz z Ogólnymi Warunkami Ubezpieczenia, czyli składową częścią umowy ubezpieczenia [25]) — Zakładowi Ubezpieczeń zawsze przysługują przeciw okazicielowi wszystkie zarzuty, wynikające z umownego stosunku z ubezpieczonym (np. z powodu niepłacenia składek, fałszywych danych itd.) [26]); tym samym nie ma już tu miejsca dla wzmocnionej wartości materialnej, lub co najgłówniej bezsporności zobowiązania — tych dwóch warunków sine qua non dokumentów na okaziciela.

Polisa na okaziciela nie symbolizuje funduszu już istniejącego i rozporządzalnego, nie przenosi na okaziciela prawa do pokrycia, ad hoc u emitującego złożonego, bo nie jest ofertą ad incertam personam, lecz umową, gdzie i causa debendi i zarzuty ex persona auctoris nigdy nie zanikają.

Polisa na okaziciela nie jest jednocześnie i symbolem i instrumentem żądania, bo jej realizacja leży nie w niej samej, a w poprzedzającej ją ofercie ze strony przyszłego ubezpieczonego i przyjęciu takowej przez Zakład Ubezpieczeń; oprócz tego, jeżeli przy tranzakcjach dokumentami okazicielskimi nad osobą każdego poprzedniego posiadacza góruje osoba wystawcy, te dokumenty emitującego — to przy polisach góruje osoba pierwszego posiadacza, bo sama polisa nie stanowi jeszcze o bezwarunkowości

---

gel. „Versprechen als Verpflichtungsgrunt". Wiedeń 1874 r. str. 108 — 128; Hasenöhrl. „Das österr. Obligationenrecht". Wiedeń 1892 r. II, str. 16; Dernburg. „Preussisches Privatrecht". II, str. 27) — czy też dopiero z umowy z pierwotnym nabywcą (teoria umowna) — (Unger. „Inhaberpapiere". 1859 r. i Thöl. „Handelsrecht" § 54 seq.).

Pośrednie stanowisko zajął Kuntze („Inhaberpapiere". 1857 r.), który pisze: „Dokument na okaziciela powstaje przez jego emisję (zobowiązanie pod warunkiem zawieszającym), obowiązywać zaś zaczyna dopiero od chwili jego doręczenia".

[23]) Potwierdza to redakcja Art. 225 KZ.: „Kto wystawi dokument....."

[24]) S. N. Nr. 178/33 r.

[25]) S. N. Nr. 103/35 p. 6 Vide Gazeta Sądowa Warszawska Nr. 32/1932 r.

[26]) Por. Art. 227 KZ. Vide Art. 11 Prawa ubezpieczeniowego francuskiego.

jej wykonania, a wysokość sumy w niej wymienionej (przy ubezpieczeniach elementarnych) może ulec różnym zmianom.

Nauka [27]), nie uznając takiej polisy za dokument okazicielski, widzi w niej tylko tzw. dokument legitymacyjny. Ale i z tym poglądem trudno się zgodzić, bo tzw. funkcja legitymacyjna ma sens tylko i wyłącznie przy zobowiązaniach abstrakcyjnych, czym polisa na okaziciela nie jest.

Przytoczę tu zdanie Dr A. Dolińskiego [28]) co do istoty legitymacji i momentów odróżniających ją od uprawnienia. Na uprawnienie składa się szereg momentów, które muszą być stwierdzone, aby można było mówić o dowodzie prawa (np. istnienie prawa u poprzednika, zdolność rozporządzania prawem, niewadliwy akt nabycia, forma nabycia itd.). Dopiero, gdy te wszystkie momenty zostaną udowodnione, można mówić o istnieniu prawa, a więc umowa wskazuje uprawnionego, umowa stanowi podstawę do zrealizowania prawa i tylko prawem wskazana forma przelewu tej umowy stanowi dostateczną podstawę do nabycia własności i praw.

Natomiast dla ułatwienia realizacji roszczeń abstrakcyjnych (weksel i czek), czyli roszczeń specyficznych, z całą starannością wydzielonych z ogólnego systemu zobowiązań kodeksowych dla ochrony uczciwego ich obrotu, jego bezpieczeństwa i łatwości — wprowadzoną została funkcja legitymacyjna, czyli tzw. legitymacja formalna.

Polega ona na dwóch momentach: a) posiadanie nabyte prostym wręczeniem i b) indos. Kto ma legitymację za sobą, nie potrzebuje udawadniać uprawnienia, legitymację bowiem ma ten, kto posiada dokument i kogo dokument wskazuje jako uprawnionego. Na podstawie takiej formalnej legitymacji można domagać się od dłużnika zapłaty nawet wtedy, gdyby dokument skradziono, a indos sfałszowano, a dłużnik nie ma prawa pytać, w jaki sposób żądający zapłaty wszedł w posiadanie papieru.

Znaczenie legitymacji nie ogranicza się do procesowego ułatwienia dochodzenia prawa; stanowi ona podstawę doniosłych skutków i w dziedzinie prawa materialnego, bo nabycia własności dokumentu i wypływającej z niego wierzytelności, oraz ważnej zapłaty ze skutkiem zgaśnięcia zobowiązania.

Stosując te wywody Dolińskiego do polis na okaziciela, widzimy, że nie mechaniczne przejście z rąk do rąk, a więc nie legitymacja formalna, lecz właśnie uprawnienie i wszystkie z nim związane momenty prawne, stanowią składowe i zasadnicze części konstrukcji prawnej polis tego rodzaju.

Przekona nas o tym i analiza Art. 2279 KC. Głoszona przezeń zasada, że co do ruchomości posiadanie staje za tytuł — ma ciasny logiczny związek z określeniem, co jest ruchomością w myśl prawa, a więc czy pod to określenie (w rozumieniu Art. 2279 KC) podchodzą ruchomości zmysłowe i niezmysłowe.

Kasacyjny Sąd francuski (Reg. 16.IV.1890 r. - D. 91. l. 388) ustalił, że Art. 2279 KC ma zastosowanie do papierów okazicielskich (renty, akcje, obligacje), ponieważ papiery te przechodzą z rąk do rąk jak ruchomości

---

[27]) Neumann-Ettenreich. „Civilrechtl. Fragen". Wiedeń 1896 r. str. 69/70. Krainz-Ehrenzweig. „System des österr. allgemeinen Privatrechts". 1900 r. Tom II str. 125, uwaga 27/28.

[28]) Op. cit. str. 102/3 i 178/9.

zmysłowe, a zgodnie z orzeczeniem Civ. 4.VII.1876 r. - D. 77. 1. 33 — nie stosuje się do ruchomości niezmysłowych, jak np. wierzytelności [29]).

Były Senat ros. w orzeczeniu Nr 30/1886, rozpatrując sprawę z rewersu dłużnego na okaziciela, orzekł, że Art. 2279 KC nie ma zastosowania do rewersów, wierzytelności i innych praw niezmysłowych, dług stwierdzających.

Wywody swe oparł Senat na następującym rozumowaniu: chociaż, zgodnie z Art. 1108 KC tylko cztery warunki są istotne dla ważności umowy (zezwolenie, zdolność, przedmiot określony i godziwa przyczyna), to jednak samo już określenie przez Kodeks pojęcia umowy wyklucza możliwość twierdzenia, iż Kodeks jakoby dopuszcza istnienie zobowiązań na okaziciela.

Zgodnie z Art. 1101 zobowiązanie jest to umowa, przez którą jedna lub kilka osób zobowiązuje się względem jednej lub kilku innych osób do dania, czynienia, lub nieczynienia, przy czym pod pojęcie zobowiązania podchodzi nie tylko obustronne (Art. 1102), lecz i jednostronne zobowiązanie (Art. 1103), z których tylko jedna strona zobowiązuje się, a druga nie zaciąga żadnego zobowiązania.

Jeżeli więc istotną cechę umowy stanowi zamiar zobowiązania się (animus contrahendi negotii) stron obu, do niej wpływających, wzajemnie lub jednej z nich na rzecz drugiej — to wykluczonym jest twierdzenie, że pod pojęcie umowy mogą być podciągnięte takie zobowiązania, w których dana osoba zobowiązuje się względem wierzyciela, w chwili wydania zobowiązania nieznanego, bowiem i samo pojęcie „zezwolenia" ze strony dłużnika, bezwarunkowo wskazuje na istnienie drugiej, wyraźnie określonej osoby wierzyciela i obie strony muszą do tego zobowiązania wpływać bezwarunkowo.

W ten sposób, twierdzi dalej Senat, akt stwierdzający zobowiązanie jednej strony na rzecz drugiej, zawierać winien wyraźne oznaczenie stron; niewymieniony wyraźnie w akcie okaziciel tegoż, musi udowodnić, że zobowiązanie zostało zaciągnięte właśnie względem niego, bowiem samo przez się zobowiązanie takie nie stanowi dowodu na korzyść tej osoby, która prezentuje je w charakterze wierzyciela. Sam fakt znajdowania się okazicielskiego zobowiązania w rękach tej lub innej osoby (czyli sam moment faktycznego władania), nie stanowi jeszcze o prawie własności dzierżyciela i nie jest dostatecznym, aby decydować o prawach jego, jako wierzyciela. Art. 2279 KC nie ma zastosowania do rewersów i wierzytelności, a dla powstania i przelewu tychże Kodeks przepisał specjalne formy (Orzeczenie b. Senatu Nr 160/1880 r.) [30])

Z przytoczonych rozważań wynika, że zgodnie z zasadami naszego prawodawstwa, samo proste dzierżenie w swych rękach polisy okazicielskiej nie stanowi jeszcze o prawach wierzyciela, albowiem nie każdy, kto ten dokument posiada, może go wykorzystać; aby nadać komuś prawa uposażonego, należy przelać na niego okazicielską polisę w drodze cesji

---

[29]) Dlatego też i przy zastawie polis, stosować należy Art. 2075 KC (doręczenie), a nie Art. 2074 KC (proste wydanie tytułu bez doręczenia).

[30]) Por. orzeczenie Nr. 112/30 r., w którym S. N. przyrównał „tytuł na okaziciela" do „rzeczy", dopuszczając w stosunku do przeniesienia prawa własności takiego tytułu stosowanie Art. 1642 KC, czyli „wad ukrytych rzeczy sprzedanej". Vide również S. N. Nr 121/30 r.

na piśmie [31]), albowiem przelew wierzytelności musi być zdziałany w takiej formie, jaka prawem jest przepisaną dla powstania samej wierzytelności, przedmiotem przelewu będącej [32]).

Polisa na okaziciela jest tylko odmianą polisy na własną korzyść i polis z odwołalnym uposażonym. W pierwszym wypadku jest ona formą, za pomocą której łączą się w jednej osobie prawa ubezpieczonego i uprawnienie uposażonego, a w drugim — ustąpienie jej nadaje osobie trzeciej prawa z klauzuli dowolnego uposażenia.

A więc oprócz tego przywileju, polisa na okaziciela nie zapewnia posiadaczowi żadnych specjalnych korzyści lub uprawnień, a forma jej stworzoną jest chyba tylko w interesie ubezpieczającego, a nie obrotu powszechnego i z tego tylko punktu widzenia musi być rozpatrywaną.

Pierwszym bezspornym okazicielem, od którego Zakład Ubezpieczeń (nota bene) nie ma prawa żądać udowodnień lub wyjaśnień w kwestiach własności i posiadania — jest sam ubezpieczający; wpisując zamiast nazwiska uposażonego wyrazy „na okaziciela" stwarza on tym samym nadzwyczaj dla siebie dogodne możliwości zastawu, przelewu, obrotu itd. (jako pochodnych funkcji umowy), stwarza podatną formę dla różnych kombinacji handlowych, bo usuwając formalności i pisemną formę zwykłego odwołania uposażonego (czyli potęgując te możliwości odwoławcze) — pozbywa się wszelkiej zależności i od osoby uposażonego i od Zakładu Ubezpieczeń.

V.

Przytaczam poniżej postanowienia różnych ustawodawstw, dotyczących i regulujących kwestię polis na okaziciela.

Prawo austriackie — §§ 9, 133, 148 i 151.

Analizując § 8 [33]) tegoż prawa, ustala Ehrenzweig [34]), że polisa (Versicherungsurkunde) jest albo dowodem stwierdzającym zawarcie umowy ubezpieczenia i jej treść albo skryptem dłużnym w sensie § 1428 ABGB. [35]), jeżeli na mocy umowy Zakład Ubezpieczeń jest zobowiązanym do świadczenia tylko wtedy, gdy wraz z pokwitowaniem zwrócono mu i samą polisę, albo wreszcie „dokumentem legitymacyjnym", jeżeli opiewa na okaziciela lub na zlecenie.

---

[31]) B. Senat Nr 110/1892.

[32]) Por.: Art. 170 (§ 1) i 172 KZ.

[33]) § 8. (1) Zakład Ubezpieczeń wyda ubezpieczającemu, należycie podpisany, dokument co do umowy ubezpieczenia (dokument ubezpieczenia, polisa, książeczka uczestnictwa).

(2) Dokument ten ma zawierać ogólne warunki ubezpieczenia, oraz wszystkie umówione szczególne postanowienia umowne.

[34]) „Die Rechtsordnung der Vertragsversicherung". Wiedeń 1929 r., str. 50/51.

[35]) § 1428. Jeżeli wierzyciel posiada oblig dłużnika, natenczas obok wystawienia kwitu, powinien także zwrócić oblig; lub gdy tylko zapłata częściowo uskutecznioną została, dozwolić aby na nim została zapisaną. Oblig dłużnikowi bez pokwitowania zwrócony, uzasadnia prawne domniemanie na jego korzyść, że zapłata kapitału nastąpiła; nie wyłącza jednak przeciwnego dowodu. Jeżeli oblig mający być zwróconym zaginął, natenczas płacący ma prawo żądać zabezpieczenia, lub też złożyć dług sądownie, a zarazem żądać, aby wierzyciel, stosownie do przepisów ustawy sądowej, uzyskał umorzenie obligu. (Polski przekład z pracy dra Jaworskiego „Kodeks Cywilny Austriacki" — Kraków 1905 r. T. II, str. 893).

To rozróżnienie pomiędzy polisą, jako skryptem dłużnym i jako dokumentem legitymacyjnym, podkreśla zestawienie postanowień § 9 [36]) (ustęp 2) z § 151 [37]), z którego wynika, że klauzula okazicielska, choć jest najprostszą formą rozporządzania się roszczeniem (samo już wręczenie polisy osobie trzeciej stanowi o ustąpieniu tegoż roszczenia) nie nadaje jednak tej osobie trzeciej przymiotu wierzyciela, lecz tylko cechy uprawnionego do odbioru [38]).

Z tego już widać, że polisy okazicielskiej prawo ubezpieczeniowe austriackie nie uważa za „dokument na okaziciela" w znaczeniu prawnym, bo z drugiej strony wymaga ono w § 133 [39]) (jak twierdzi Ehrenzweig [40]) i jak wynika z orzecznictwa), aby wraz z polisą otrzymał okaziciel od swego poprzednika również i odnośne oświadczenie na piśmie, z którego wynikałoby bezsprzecznie, iż jemu właśnie wręczył polisę z zamiarem polisowego uposażenia.

Na konieczność tego przelewu, odbierającego okazicielskiej polisie cechy prawne dokumentu na okaziciela, wskazują również i te postanowienia, które w § 133 [39]) (ust. 3) pozwalają rozporządzać taką polisą aktem inter vivos i za pomocą testamentu, oraz te, na mocy których Zakład Ubezpieczeń może odmówić świadczenia posiadaczowi lub okazicielowi, jeżeli tegoż uprawnienie nie jest wykazane.

Przytoczę tu również i dwa orzeczenia Sądów Najwyższych: Czechosłowackiego i Austriackiego, wydane w związku z powołanym wyżej § 151 [37]).

1) Nie jest „dokumentem na okaziciela" polisa, którą ubezpieczający, zgodnie z Ogólnymi Warunkami Ubezpieczenia, ma prawo rozporządzać jedynie za zgodą Zakładu Ubezpieczeń, lub odnośnie której tenże Zakład zastrzegł sobie na mocy tychże Og. War. prawo badania uprawnień okaziciela tejże polisy.

(Orzeczenie S. N. Czechosłowackiego z dn. 14.IX.1920 r. Rv. I. 372/20).

2) Polisa na okaziciela nie jest prawdziwym „dokumentem okazicielskim", lecz tylko legitymacyjnym. Wyłącznie bowiem do dokumentu okazicielskiego ma zastosowanie przepis § 1393 ABGB [41]), mocą którego

---

[36]) § 9. (1) Ubezpieczający może żądać ponownego, na swój koszt, wystawienia dokumentu ubezpieczenia, który zniszczał lub zaginął.

(2) Jeżeli zgodnie z umową Zakład Ubezpieczeń obowiązany jest do świadczenia posiadaczowi lub okazicielowi dokumentu, albo tylko za jego okazaniem lub zwrotem — uzależnić może spełnienie tego żądania od uprzedniego umorzenia dokumentu.

[37]) § 151. Mimo, że dokument ubezpieczenia opiewa na posiadacza lub okaziciela — Zakład Ubezpieczeń może odmówić świadczenia, jeżeli uprawnienie posiadacza lub okaziciela nie jest wykazane. Świadczenie w dobrej wierze do rąk posiadacza lub okaziciela zwalnia Zakład Ubezpieczeń od zobowiązania.

[38]) Pisko. „Lehrbuch des österr. Handelsrechts". Wiedeń 1923 r., str. 293.

[39]) § 133. (1) Jeżeli przy ubezpieczeniu kapitału oznaczono kilku uposażonych bez określenia wysokości ich udziałów — mają oni prawo do części równych; nienabyty przez jednego udział przypada pozostałym.

(2) Jeżeli, jako uposażonych, oznaczono spadkobierców bez bliższego określenia, to w razie wątpliwości dziedzice uprawnieni są w stosunku swych sched.

(3) Jeżeli na wypadek śmierci kapitał ubezpieczono na rzecz posiadacza lub okaziciela dokumentu ubezpieczenia, a ubezpieczający zaniechał rozrządzić roszczeniem za pomocą aktu między żyjącymi lub na wypadek śmierci — ubezpieczony kapitał należy włączyć do masy spadkowej, pozostałej po ubezpieczającym.

[40]) Op. cit. str. 400.

[41]) § 1393. — Wszystkie prawa, które mogą być pozbywane, mogą także być

każdy posiadacz i nikt inny, uprawnionym jest do wykonywania praw z tego dokumentu wobec dłużnika, jako też i przepis § 371 ABGB [42]), stanowiący, że każdy nabywca dokumentu w dobrej wierze, nabywa jednocześnie i prawo własności do samego dokumentu, a w tym i prawa w tymże dokumencie zastrzeżone.

Natomiast przy dokumentach legitymacyjnych, mamy do czynienia z udogodnieniem dla dłużnika, który może, ale nie musi zapłacić okazicielowi. Samo posiadanie okazicielskiej polisy nie wystarczy, gdy zachodzą wątpliwości co do uprawnień posiadacza, lub gdy toczy się sprawa sądowa; w takich przypadkach, musi powód udowodnić w razie sporu swe materialno-prawne uprawnienia do spornego dokumentu.

(Orzeczenie S. N. Austriackiego z dn. 21.X.1931 r. Tom I Zbioru z 1932 r. Nr 132) [43]).

Prawo ubezpieczeniowe austriackie nie zna polis na zlecenie; są one dopuszczalne tylko przy ubezpieczeniach morskich z mocy Art. 302 Kod. Handl. austr. i są papierami wartościowymi w myśl tegoż Kodeksu.

Prawo ubezpieczeniowe francuskie — Art. Art. 10, 11 i 61 [44]).

Z postanowień tych artykułów wynika, że do obiegu prawnego prawodawca dopuszcza polisy na okaziciela i na zlecenie (te ostatnie zbywalne za pomocą indosu nawet otwartego), które dokumentami okazicielskimi nie są, albowiem Zakład Ubezpieczeń i w takich przypadkach ma prawo czynienia zarzutów, przysługujących mu przeciwko pierwotnym kontrahentom i że w ubezpieczeniu życiowym forma okazicielska nie jest dopuszczalną, a indos polisy na zlecenie musi być wypełnionym.

Dodać tu należy, że w wypadkach z Art. 57 [45]), samo wypełnienie indosu nie wystarcza, wymaganym bowiem jest (i to pod rygorem nieważności) pisemne zezwolenie osoby ubezpieczonej.

---

przedmiotem cesji. Prawa przywiązane do osoby, a wskutek tego z nią razem gasnące, nie mogą być przedmiotem cesji. Cesja papierów opiewających na okaziciela, następuje przez samo ich oddanie i obok posiadania żadnego innego na cesję nie potrzeba dowodu (przekład vide dr. Jaworski op. cit. str. 865/6, Tom II).

[42]) § 371. — W ogólności zatem rzeczy, które tym sposobem odróżnić się nie dadzą, jako to: gotowe pieniądze pomieszane z drugimi, lub obligi na okaziciela wystawione, nie są przedmiotem skargi wydobywczej; chybaby zachodziły takie okoliczności, z których powód mógłby udowodnić swe prawo własności i dla których pozwany powinien był wiedzieć, iż mu nie służy prawo rzecz tę sobie przywłaszczać (przekład jak wyżej op. cit. Tom I, wydanie 1903 r. str. 801/2).

[43]) Por. nasz S. N. Nr. 178/33 r.

[44]) Art. 10. — Polisa ubezpieczeniowa może opiewać na osobę, oznaczoną imiennie, na zlecenie lub na okaziciela. Polisy na zlecenie przenosi się w drodze indosu, nawet otwartego. Jednakże do umów ubezpieczeń życiowych artykuł niniejszy ma zastosowanie jedynie w warunkach przewidzianych w Art. 61.

Art. 11. — Posiadaczowi (porteur) polisy lub osobie trzeciej, domagającej się wypłaty sumy ubezpieczenia, może Zakład przeciwstawić zarzuty, przysługujące mu przeciwko pierwotnemu kontrahentowi.

Art. 61. — Polisa ubezpieczenia na życie może opiewać na zlecenie; nie może zaś opiewać na okaziciela. Indos polisy opiewający na zlecenie winien, pod rygorem nieważności, zawierać datę, nazwisko uprawnionego z indosu, oraz podpis indosanta.

[45]) Art. 57. — Nieważną jest zawarta przez osobę trzecią umowa ubezpieczenia na wypadek śmierci, jeżeli ubezpieczona na zasadzie tej umowy osoba nie udzieliła na to pisemnego zezwolenia, z oznaczeniem wysokości sumy ubezpieczenia.

W razie zawarcia umowy ubezpieczenia przez osobę trzecią — wszelkie przelewy, lub ustanowienie zastawu, oraz przeniesienie uprawnień z umowy, wymagają, pod rygorem nieważności, pisemnego zezwolenia osoby ubezpieczonej (przekład autora).

Prawo ubezpieczeniowe niemieckie — § 4.

Analiza § 3 [46]) powołanego prawa, wykazuje podług Brucka [47]), że polisa (Versicherungsschein) jest dowodem, stwierdzającym zawarcie odnośnej umowy ubezpieczenia, że jest skryptem dłużnym (§§ 371 i 952 BGB [48]) i że wobec tego właścicielem tej polisy jest ubezpieczający, albo cesjonariusz, albo też ubezpieczony (przy ubezpieczeniu na cudzy rachunek), ponieważ prawo żądania z polisy jest ściśle związane z prawem do samej polisy.

Z zestawienia powołanego § 3 [46]) z nakazami § 4 [49]), oraz § 808 BGB [49]) wypływa, pisze dalej Bruck, że klauzula okazicielska nadaje polisie charakter „dokumentu legitymacyjnego".

Prawodawca niemiecki nie stawia żadnych zastrzeżeń formalnych co do treści samej klauzuli okazicielskiej i nie rozróżnia pod tym względem ubezpieczeń szkodowych od życiowych (jak to czyni prawo francuskie), wobec czego, jak pisze Bruck [50]), wzmianka o okazicielu lub posiadaczu w polisie oznacza w przypadku § 167 [51]) nic innego, jak tylko prawo,

---

[46]) § 3. — Zakład Ubezpieczeń winien doręczyć ubezpieczającemu za swoim podpisem dowód, stwierdzający zawarcie umowy ubezpieczenia (dowód ubezpieczeniowy).

W razie zagubienia lub zniszczenia dowodu ubezpieczeniowego, mocen jest ubezpieczający żądać od Zakładu Ubezpieczeń wystawienia nowego dowodu wzamian poprzedniego. O ile dowód ubezpieczeniowy podlega unieważnieniu, obowiązany jest Zakład Ubezpieczeń wydać duplikat dopiero po wyrzeczeniu nieważności dowodu ubezpieczeniowego.

[47]) „Versicherungsvertrag". Berlin i Lipsk 1929 r. str. 56/7.

[48]) § 371 BGB. — Jeżeli na wierzytelność wystawiono skrypt dłużny, dłużnik może obok kwitu żądać zwrotu skryptu. Jeżeli wierzyciel utrzymuje, że nie jest w stanie go zwrócić, dłużnik może żądać uznania, publicznie uwierzytelnionego, że dług wygasł.

§ 952 BGB. — Własność skryptu dłużnego, wystawionego na wierzytelność, przysługuje wierzycielowi. Prawo trzeciego na wierzytelność rozciąga się na skrypt dłużny.

To samo stosuje się do dokumentów na inne prawa, mocą których można żądać świadczenia, w szczególności do listów hipotecznych, gruntowych i rentowych.

[49]) § 4 prawa ubezp. — Do dowodów ubezpieczeniowych, wystawionych na okaziciela, stosują się przepisy Art. 808 Kodeksu Cywilnego. Jeżeli w umowie zastrzeżono, że Zakład Ubezpieczeń obowiązany jest do świadczenia jedynie za zwrotem dowodu ubezpieczeniowego, to gdy ubezpieczający oświadcza, iż dowodu tego nie jest w stanie zwrócić — wystarcza urzędowo poświadczone przyznanie, że zobowiązanie wygasło. Przepis ten nie stosuje się wówczas, gdy wymagane jest wyrzeczenie nieważności dowodu ubezpieczeniowego.

§ 808 BGB. Jeżeli dokument, w którym wierzyciel jest wymieniony, zostanie wydany z tym zastrzeżeniem, że przyrzeczone w dokumencie świadczenie można wykonać względem każdego okaziciela dokumentu — dłużnik zwalnia się od zobowiązania przez świadczenie okazicielowi. Okaziciel nie ma prawa żądać świadczenia.

Dłużnik obowiązany jest do świadczenia tylko za wręczeniem dokumentu. Jeżeli dokument zaginął lub zniszczał, można go, w braku odmiennego postanowienia, pozbawić mocy w drodze postępowania wywoławczego. Przy tym stosują się przepisy o przedawnieniu, podane w § 802. (Wszystkie przytoczone przekłady BGB są urzędowe. Vide Tom X Wydawnictwa Min. Sprawiedliwości. Warszawa — Poznań 1923 r.).

[50]) Op. cit. str. 586.

[51]) § 167 pr. ubezp. — Jeżeli przy ubezpieczeniu kapitału świadczenie Zakładu Ubezpieczeń ma nastąpić po śmierci ubezpieczonego i wypłatę sumy zastrzeżono na rzecz spadkobierców bez bliższego ich określenia — to za uposażonych, w razie wątpliwości, będą uważani ci, którzy w chwili śmierci powołani są do dziedziczenia, każdy w stosunku do swego udziału spadkowego. Zrzeczenie się spadku nie wpływa

a nie obowiązek Zakładu Ubezpieczeń wypłaty sumy ubezpieczenia temuż posiadaczowi.

Ustawa niemiecka nie wspomina o prawie Zakładu Ubezpieczeń przeciwstawiania okazicielowi (nowemu wierzycielowi) zarzutów, jakie mu przysługiwały względem poprzedniego wierzyciela (ubezpieczającego). Prawo to jednak wypływa z przepisów § 404 BGB [52]).

Postanowienia § 4 [49]) pozwalają Zakładowi Ubezpieczeń uzależnić wypłatę od zwrotu mu polisy, lub też zastrzec, że wypłata nastąpi tylko i jedynie wtedy, gdy polisa zostanie mu wydaną. Jeżeli jednak, pomimo tego zastrzeżenia, Zakład Ubezpieczeń zapłacił i polisy nie odebrał — pozostaje on zobowiązanym wobec jej posiadacza dobrej wiary i to niezależnie od tego, czy wypłacono osobie uprawnionej, czy też nieuprawnionej.

Przy ubezpieczeniu transportów polisa może być wystawioną na zlecenie, czyli staje się papierem wartościowym w sensie § 363 (ust. 2) Kod. Handl. niem.

Zakład Ubezpieczeń, który zapłacił posiadaczowi, wykazującemu swe prawo nieprzerwanym szeregiem indosów — wolnym jest od dalszych jakichkolwiek świadczeń (§ 365 KH niem.).

Kodeks Cywilny Z.S.R.R. (Rosja) — Art. 375.

Art. 375 brzmi w przekładzie jak następuje:

„Jeżeli w razie nastąpienia wypadku umową przewidzianego, suma ubezpieczenia zgodnie z ustawą lub umową podlega wypłacie nie samemu ubezpieczonemu lecz osobie trzeciej (uposażonemu) — należy to zaznaczyć w kwicie ubezpieczeniowym lub w polisie.

Przy ubezpieczeniach osób, za uposażonych uważa się:

a) osoby oznaczone przez ubezpieczającego przy zawarciu umowy ubezpieczenia i wymienione w polisie (lub kwicie ubezpieczeniowym) w charakterze uposażonych (polisa imienna);
b) okaziciela polisy lub kwitu ubezpieczeniowego, jeśli zgodnie z żądaniem ubezpieczającego, polisa została wystawiona na okaziciela;
c) ustawowych lub testamentowych spadkobierców ubezpieczonego, jeśli w polisie zaznaczono, że uposażonymi są, odpowiednio do okoliczności, spadkobiercy ustawowi lub testamentowi;
d) Państwo, jeżeli w polisie uposażonego w ogóle nie wskazano. (Zb. Ust. 1925 r. Nr 41, poz. 283; Nr 88, poz. 648).

UWAGA. Po zawarciu umowy ubezpieczenia, ma ubezpieczający prawo zamienić polisę imienną na polisę okazicielską i odwrotnie, jak również wskazanych początkowo uposażonych zastąpić przez innych drogą adnotacji na polisie, lub za pomocą specjalnej deklaracji, skierowanej do Zakładu Ubezpieczeń. Jeśli wyznaczenie uposażonego nastąpiło drogą wymienienia go w polisie, lub adnotacji na tejże — zastąpienie wyznaczonego uposażonego przez inną osobę, dopuszczalnym jest tylko przez adnotację na tejże polisie. (Zb. Ust. 1925 r. jak wyżej)" [53]).

Z treści tego artykułu wynika, że prawodawca dopuszcza do obrotu prawnego, między innymi, polisy imienne i okazicielskie, przy czym należy

---

na to prawo spadkobiercy. Jeżeli do spadku przychodzi Skarb, nie służy mu prawo do podniesienia sumy ubezpieczeniowej w myśl ust. 1 cz. 1.

[52]) § 404 BGB. Dłużnik może przeciwstawić nowemu wierzycielowi zarzuty, jakie w czasie przelewu wierzytelności istniały wobec dotychczasowego wierzyciela. Por. S. N. Nr. 551/34 r.

[53]) Przekład autora.

podkreślić, że zgodnie z Uwagą do tegoż artykułu, ubezpieczający ma prawo zamienić imienną formę polisy na okazicielską i odwrotnie.

Jeżeli zestawimy postanowienia powołanego Art. 375 z Art. 377 [54]), to wyniknie, że również i prawo rosyjskie nie nadaje polisie okazicielskiej znaczenia prawnego „dokumentu na okaziciela”.

Szwedzkie prawo ubezpieczeniowe — § 115.

§ 115 brzmi w przekładzie jak następuje:

„Jeżeli polisa, lub umieszczony na niej przelew, zawierają postanowienie, że suma ubezpieczenia podlega wypłacie posiadaczowi tej polisy — to mimo to nie ma ten posiadacz prawa do tej sumy, o ile nie dowiedzie, że jest prawonastępcą ubezpieczającego z mocy przelewu, lub na innej podstawie” [55]).

W motywach Komitetu Opiniodawczego czytamy [56]), że polisie ubezpieczenia życiowego nie można nadać znaczenia dokumentu obiegowego (jak weksel i inne dokumenty na zlecenie), bowiem natura prawna takiego roszczenia nie opiera się na zobowiązaniu, oderwanym od osób i przyczyny powstania, lecz wypływa z umowy ubezpieczenia, która (jak i każda zresztą inna umowa) daje możność drugiemu kontrahentowi wytaczać różnego rodzaju zarzuty formalnego czy też materialnego charakteru.

Należało jednak liczyć się z tym (pisze dalej Komitet), że forma polisy okazicielskiej jest dość rozpowszechnioną i że użyteczność jej objawia się szczególnie tam, gdzie spadkodawca, chcąc ułatwić jednemu ze swych spadkobierców otrzymanie sumy polisowej, zawiera w tym celu umowę ubezpieczenia na rzecz okaziciela, wobec czego spadkobierca-okaziciel polisy nie jest zmuszony do przedstawienia Zakładowi Ubezpieczeń pełnomocnictwa reszty spadkobierców.

Z drugiej strony miał Komitet na względzie, że prawo szwedzkie nie zapewnia dostatecznej ochrony prawnej majątku po zmarłym, wobec czego należało uniemożliwić niesumienne korzystanie z klauzuli okazicielskiej, jako formy ułatwiającej nieprawne zawładnięcie obcym majątkiem.

Dlatego też i żąda prawodawca w § 115, aby posiadacz polisy przede wszystkim udowodnił, że jest on prawonastępcą ubezpieczonego czy to z mocy przelewu, czy też na innej podstawie.

Komitet stał na stanowisku, że celowości prawnej klauzuli okazicielskiej nie wyczerpuje jedno tylko udowodnienie uproszczonej legitymacji posiadacza, lecz że samo posiadanie takiej polisy da posiadaczowi dobrej wiary dostateczną ochronę prawną przeciwko roszczeniom osób trzecich, które by sądziły mieć lepsze lub takież prawa jak i on.

Wreszcie przytoczę jeszcze jeden charakterystyczny motyw Komitetu, który podkreśla, że redakcja § 115 nie wyklucza możliwości, aby Zakład Ubezpieczeń, gdy to uzna za stosowne (jak np. gdy suma polisowa ma pokryć wydatki pogrzebu), miał prawo zastrzec wypłatę jej zarządcy masy spadkowej na rachunek tejże masy.

Feliks Kronstein

Adwokat

[54]) Art. 377. „W stosunku do uposażonego może Zakład Ubezpieczeń korzystać ze wszystkich zarzutów, które mu przysługują przeciwko ubezpieczającemu” (przekład autora).

[55]) Z niemieckiego przekładu przełożył autor. Vide „Veröffentlichungen des Deutschen Vereins für Versicherungs-Wissenschaft” Nr. 46/1930 r., str. 33.

[56]) Ibidem str. 176 i 178/9.

DR JÓZEF KOWAL.

ROZWÓJ NOWOCZESNEGO USTAWODAWSTWA O UMOWIE UBEZPIECZENIA.

Rozwój prawa o umowie wywodzi się z Szwajcarii i Niemiec, które to kraje niemal równocześnie opracowały i wydały, nie bez kontaktu między sobą, pierwsze ustawy o umowie ubezpieczenia.

SZWAJCARIA.

Po wydaniu w r. 1885 ustawy o nadzorze nad zakładami ubezpieczeń w szwajcarskich kołach rządowych, prawniczych i ubezpieczeniowych uznano jako konieczne uzupełnienie ustawy o nadzorze prawne unormowanie umowy ubezpieczenia. W r. 1893 rozpoczął opracowanie projektu ustawy o umowie dr H. Roelli, referent prawny szwajcarskiego urzędu nadzoru. Roelli ogłosił swój projekt w r. 1896. Projekt ten był następnie w ciągu kilku lat dyskutowany i opracowywany w różnych ciałach prawniczych, aż wreszcie w r. 1904 został wniesiony jako projekt rządowy do szwajcarskich ciał ustawodawczych, które obradowały nad nim od r. 1905 i nadały mu moc ustawy 2.IV.1908 r.

NIEMCY.

Nieco później, bo w pierwszych latach XX wieku, rozpoczęły się w Niemczech prace nad kodyfikacją prawa o umowie. Pierwsze opublikowanie projektu pochodzi z r. 1903. Definitywny projekt ustawy pochodzi z listopada 1905 r. Ustawa o umowie została wydana w dniu 7.V.1908 r. Uczeni szwajcarscy, a również i niektórzy niemieccy utrzymują, że projekt Roelli'ego był wzorem przy opracowaniu ustawy niemieckiej. W każdym razie faktem jest zgodność wielu przepisów obu prawie równocześnie wydanych ustaw. Zachodzi jednakże między tymi ustawami dość istotna różnica. Ustawa szwajcarska jest krótka, zawiera postanowienia ogólne i nieliczne szczegółowe, tak że niektórzy nazywają ją fragmentaryczną, podczas gdy ustawa niemiecka jest obszerna, obok postanowień ogólnych zawiera cały szereg postanowień szczegółowych, nawet kazuistycznych, zgodnie zresztą z niemiecką techniką ustawodawczą.

Na tle ustawy niemieckiej rozwinęła się w Niemczech niesłychanie bogata judykatura oraz nauka prawa o umowie. Obok całego szeregu komentarzy do ustawy i do ogólnych warunków ubezpieczenia wychodzą prace uczonych, mające podstawowe znaczenie tak w Niemczech jak i poza granicami Niemiec, że wymienimy tu tylko wielkie dwutomowe, zresztą niedokończone, dzieło Kisch'a, traktujące tylko o dwu fragmentach prawa (o przepisach dotyczących niebezpieczeństwa oraz interesu majątkowego).

AUSTRIA.

Austria była z kolei następnym krajem, wprowadzającym ustawę o umowie. Jeszcze przed wydaniem ustawy niemieckiej opracował rząd austriacki projekt samodzielny, ale wzorujący się na projekcie niemieckim. Profesor wiedeński, Hupka, ogłosił w r. 1907 kontrprojekt żądający przejęcia bez obsłonek postanowień projektu niemieckiego. W dalszym toku prac parlamentarnych współpracowali nad projektem Hupka, Grünhut, Ehrenzweig i inni. Projekt ten został wydany fragmentarycznie w roku 1915 jako ordynacją ubezpieczeniowa w formie dekretu cesarskiego, a następnie w całości 23.XII.1917 w formie ustawy, z tym, że część ustawy wchodziła w życie z dniem 1.I.1918 r., a reszta z dniem 1.I.1919 r. Ustawę austriacką z r. 1917 Ehrenzweig nazywa nowym wydaniem ustawy niemieckiej, częściowo ulepszonym, a częściowo pogorszonym. Ustawa austriacka różni się od ustawy niemieckiej głównie tym, że znacznie powiększa liczbę ograniczeń swobody umawiania się między stronami. Moim zdaniem ustawa austriacka stara się polepszyć w wielu miejscach redakcję ustawy niemieckiej i zmniejszyć jej kazuistykę, powtarzanie się, wyjątki od wyjątków itp. Wynikło wskutek tego w ustawie austriackiej pewne skondensowanie przepisów, które niejednokrotnie nawet dla fachowca, nie mówiąc już o laikach, stały się prawie łamigłówkami.

ROSJA SOWIECKA.

Obowiązujący od 1923 r. kodeks cywilny zawiera w §§ 367 do 397 przepisy dotyczące umowy ubezpieczenia. Przepisy te ograniczają się do przejęcia poszczególnych postanowień ustawy niemieckiej z pewnym ich przekształceniem na niekorzyść ubezpieczającego.

GRECJA I TURCJA.

Grecja i Turcja wydały w r. 1926 ustawy wzorujące się na ustawach środkowo-europejskich. Ustawa grecka opiera się jednak głównie na ustawie szwajcarskiej, a ustawa turecka kopiuje projekt francuski.

KRAJE SKANDYNAWSKIE.

Szwecja, Dania, Norwegia i Finlandia, które dążą do jednolitego ustawodawstwa, powołały już w r. 1919 „internordycką" komisję dla opracowania wspólnej ustawy o umowie ubezpieczenia. W rezultacie prac tej komisji powstały odrębne projekty dla każdego kraju, różniące się między sobą tylko w szczegółach, wynikających z różnicy ustawodawstwa i ubezpieczeń w poszczególnych krajach. Jako pierwsza została wydana ustawa szwedzka w r. 1927. Ustawy duńska i norweska obowiązują od r. 1930. Ustawa finlandzka została wydana jako ostatnia. Ustawy skandynawskie wzorują się na ustawie niemieckiej i szwajcarskiej, zawierają jednak mniejszą liczbę ograniczeń swobody umawiania się. Nowym jednak, ciekawym i ważnym przepisem, stanowiącym pewien równoważnik zmniejszenia ograniczeń swobody umawiania się jest postanowienie § 34 ustawy szwedzkiej: „Warunek umowy, który odbiegałby od niniejszej ustawy i prowadziłby w jakimkolwiek przypadku do oczywistej niesłuszności, może być odpowiednio wyrównany lub uznany za nie istniejący, nawet

gdyby ogólne zasady umowy nie dawały do tego podstawy, jeżeli tylko może to być uznane za zgodne z dobrą praktyką ubezpieczeniową".

RUMUNIA.

W dniu 4.VII.1930 r. została wydana ustawa o zakładaniu i operacjach prywatnych zakładów ubezpieczeń i o umowie ubezpieczenia. Art. art. 49—106 tej ustawy zawierają przepisy dotyczące umowy w następujących rozdziałach: ryzyko, składka, zawarcie umowy, ogólne przepisy o ubezpieczeniach szkodowych, życiowych, wypadkowych i chorobowych, reasekuracja i przedawnienie. Zwraca uwagę przepis ustawy postanawiający nieważność wszelkiego zastrzeżenia umowy, które stwarza dla ubezpieczającego sytuację niekorzystniejszą od sytuacji wynikającej z ustawy.

FRANCJA.

Chociaż ustawa francuska należy do rzędu ostatnich w porządku chronologicznym, to jednakże należy zauważyć, że prace nad uregulowaniem ustawowym umowy we Francji są bardzo wczesne. Bowiem pierwszy projekt francuskiej ustawy datuje się z r. 1902. Był to projekt opracowany przez komisję praktyków.

Projektem tym zajmowali się następnie uczeni, po czym był on przedkładany parlamentowi aż czterokrotnie, po raz czwarty w r. 1920. Ten pierwszy projekt stał na gruncie jak najdalszego respektowania swobody umawiania się. Jednakże pod wpływem ustawy niemieckiej i szwajcarskiej, stojących na odmiennym stanowisku, i we Francji przyszły do głosu tendencje wprowadzenia pewnych restrykcji ustawowych swobody umawiania się. To też w r. 1925 został opublikowany nowy projekt, opracowany przez komisję rzeczoznawców, w której brali udział m. in. prof. H. Capitant jako przewodniczący oraz prof. J. Hémard i sędzia handlowy César Ancey jako sprawozdawcy. Projekt ten został przyjęty bez zmian w r. 1926 przez izbę poselską, a 8.VII.1930 r. przez senat i wszedł w życie jako ustawa w dniu 13.VII.1930 r. Ustawa francuska, o ile chodzi o systematykę, wzoruje się na ustawie szwajcarskiej, gdyż ustawa niemiecka została uznana we Francji jako za bardzo drobiazgowa, tak twierdzą przynajmniej koła francuskie. Jednakże ze strony niemieckiej utrzymuje się, że pod względem treści i ducha wiele przepisów ustawy francuskiej opiera się na ustawie niemieckiej.

CZECHOSŁOWACJA.

Na terenie Czechosłowacji obowiązywała po powstaniu państwa czechosłowackiego tylko ta część ustawy austriackiej z r. 1917, która miała wejść w życie z dniem 1 stycznia 1918 r. Ponieważ jednak znaczna część reszty tej ustawy była zawarta w wzorowych ogólnych warunkach ubezpieczenia, przepisanych towarzystwom przez ministerstwo austriackie i przejętych przez Czechosłowację, można uważać, że faktycznie czechosłowackie uregulowanie prawne umowy ubezpieczenia było oparte na ustawie austriackiej z r. 1917. W r. 1934 została wydana w Czechosłowacji pełna ustawa o umowie będąca kopią ustawy austriackiej, do której wprowadziła tylko dwie istotne zmiany, poza innymi drobnymi i nielicznymi (określenie składki następnej, uprawnienia wierzyciela hipotecznego).

JUGOSŁAWIA.

Na ziemiach należących dawniej do Austrii obowiązuje ustawa austriacka z r. 1917, która wywiera wpływ na judykaturę i na naukę prawa na pozostałych terenach państwa.

ITALIA.

Na terenie należącym dawniej do Austrii obowiązywała ustawa austriacka, która jednak została tam zniesiona w r. 1928. Italia nie posiada ustawy o umowie poza szczupłym uregulowaniem kwestii w kodeksie handlowym. Jednakże w przygotowaniu jest projekt prawa o umowie, wykazujący wpływ ustaw niemieckiej, szwajcarskiej i austriackiej. Według Ehrenzweiga projekt ten przejmuje i zaostrza właściwe ustawom szwajcarskiej i austriackiej wysoce niepraktyczne postanowienie, w myśl którego z upływem ustawowego terminu do zaskarżenia składki rozwiązuje się sama przez się umowa ubezpieczenia.

WĘGRY.

W nowym państwie wzorowano się również na ustawie niemieckiej, chociaż zastosowano tam uregulowanie prawne tylko fragmentarycznie.

ANGLOSASKIE KRAJE.

Anglosaskie kraje nie posiadają skodyfikowanego prawa o umowie; istnieje tu niczym nie skrępowana swoboda umawiania się, a na straży interesów stron stoi wszechwładny sędzia, gdyż miarodajną tu jest przede wszystkim judykatura. W Anglii ustawą są uregulowane jedynie poszczególne kwestie ubezpieczeń życiowych. Marine Insurance Act z 1906 r. reguluje ubezpieczenia morskie.

POLSKA.

Uregulowanie prawne umowy ubezpieczenia w Polsce jest wysoce skomplikowane, co utrudnia operacje ubezpieczeniowe i wymaga reformy. O ile nam wiadomo już od pewnego czasu toczą się w łonie Komisji Kodyfikacyjnej prace nad projektem polskiej ustawy o umowie ubezpieczenia. Nic jednak nie wiadomo, w jakim stanie są te prace, w jakim kierunku idą i kiedy będą zakończone.

Obowiązujący w Polsce stan prawny przedstawia się następująco:

B. zabór pruski. Na terenie tym stan prawny jest jasny. Obowiązuje tu bez zmiany i bez przerwy ustawa niemiecka z dnia 30 maja 1908 (Dz. Ust. Rzeszy Niem. str. 263). W r. 1924 w Niemczech znowelizowano ustawę przez dodanie w § 39 dwu zdań ułatwiających tak dla zakładu ubezpieczeń jak i dla ubezpieczającego tryb postępowania przy zapłacie składki następnej, która to nowela oczywiście dla terenu b. zaboru pruskiego nie wchodzi w rachubę. O dotychczasowych przekładach polskich ustawy niemieckiej, które są bez żadnego użytku zarówno dla obywateli jak i dla władz i sądów, będzie mowa poniżej.

B. zabór rosyjski. Na terenie tym nie było specjalnego prawnego uregulowania umowy ubezpieczenia. Za czasów rosyjskich jedynym uregulowaniem były ogólne warunki ubezpieczenia poszczególnych zakła-

dów ubezpieczeń, które to warunki były w ten sposób zatwierdzane przez władze rosyjskie, że miały moc prawa. Po powstaniu Państwa Polskiego z początku stan był zupełnie bezustawowy. Dopiero w dniu 24 lutego 1928 (Dz. U. R. P. Nr. 25, poz. 211) zostało wydane Rozporządzenie Prezydenta Rzeczypospolitej o przepisach tymczasowych dotyczących umowy ubezpieczenia. Rozporządzenie to obejmuje 23 artykuły i reguluje następujące fragmenty: ograniczenie czasu trwania umowy ubezpieczenia (art. 1), interes, ze względu na który zawarto umowę ubezpieczenia (art. 2 o interesie nieistniejącym lub wygasłym i art. 3 o przejściu ubezpieczenia na nowonabywcę i o prawie wypowiedzenia po zbyciu, art. 4 o specjalnym nabyciu praw do ziemiopłodów i w związku z tym praw w ubezpieczeniach gradowych, art. 5 o kontynuowaniu ubezpieczenia w razie przejścia własności w drodze spadku), składki (art. 6—10), gdzie uregulowanie płatności składki jest wzorowane na ustawie austriackiej, odbiegającej w tym punkcie od ustawy niemieckiej, co według wielu teoretyków i wszystkich praktyków nie wyszło na korzyść ustawie austriackiej, następnie idą przepisy specjalne o ubezpieczeniach na życie (art. 11—15) oraz art. 16 zakazujący odmiennego umawiania się na niekorzyść ubezpieczającego i wreszcie postanowienia końcowe i wprowadzające (art. 17—23).

Jak z tego widać dekret Prezydenta Rzeczypospolitej ograniczył się tylko do uregulowania kilku kwestii, z których najważniejszą jest kwestia składki.

B. zabór austriacki*). Austr. ustawa z 23.XII.1917 r. o kontrakcie ubezpieczenia (Dz. pp. Nr 501), uchylająca ordynację ubezpieczeniową z 22.XI.1915 (Dz. pp. Nr 343), miała wejść w życie dnia 1 stycznia 1919, z wyjątkiem niektórych postanowień, wymienionych w § 167 cyt. ust., które weszły w życie już w dniu 1 stycznia 1918 r.

Rozporządzeniem Polskiej Komisji Likwidacyjnej w Krakowie z 24 listopada 1918 l. 1135 prez. (Dz. Rozp. P.K.L. z 30 grudnia 1918) *odroczone* zostało na czas nieograniczony „aż do merytorycznego uregulowania ustawodawstwa ubezpieczeniowego polskiego” wejście w życie całej wyżej wymienionej ustawy, a to tak tych postanowień, jakie miały wejść w życie 1.I.1919 r., jak i tych, które już obowiązywały. Równocześnie tymże rozporządzeniem Polska Komisja Likwidacyjna *uchyliła* oparte na cytowanej ustawie rozporządzenia austr. min. spraw. wewn. i min. sprawiedl. z 24.XII. 1917 Nr. 502 i 503 Dz. pp.

W Małopolsce wschodniej natomiast rozporządzeniem Tymczasowego Komitetu Rządzącego we Lwowie z 29.XI.1918 l. 2 zarządzono, że wszelkie ustawy i rozporządzenia obowiązujące w Galicji jako części b. monarchii austro-węgierskiej, obowiązują i nadal do czasu, kiedy przez upoważnioną do tego władzę zostaną uchylone, zniesione lub ich wykonanie wstrzymane. Tym samym oczywiście Tymcz. Komitet Rządzący zajął też w sprawie prawa ubezpieczeniowego stanowisko zupełnie odmienne od stanowiska, jakiemu Polska Komisja Likwidacyjna dała wyraz w swoim rozporządzeniu z 24.XI.1918 r.

Następnie dekretem Naczelnika Państwa z 10.I.1919 r. Dz.pr. Nr. 7, poz. 106 utworzona została Komisja Rządząca dla Galicji, której przekazane zostały agendy Polskiej Kom. Likw. i Tymcz. Komitetu Rządzącego. Ko-

---

*) Poniższe wiadomości i dane, dotyczące b. zaboru austriackiego, zostały mi dostarczone przez Krakowskie T-wo Ubezp. „Florianka”. Przyp. aut.

misja ta, która została zniesiona rozporządzeniem Rady Ministrów z 7.III. 1919 Dz. pr. poz. 240 Nr 24 w przedmiocie administracji, nie wydała jednak żadnego obowiązującego rozporządzenia w zakresie umów o ubezpieczenie, ani też odnośnie do rozporządzenia P. K. L. z 24.XI.1918 r.

W ten sposób wyżej powołane rozporządzenie P.K.L. obowiązywało na tym tylko obszarze, na który rozciągała się władza zwierzchnia Polskiej Komisji Likwidacyjnej, na pozostałych zaś obszarach b. zaboru austriackiego, gdzie tego rodzaju rozporządzenie wydane nie zostało, ustawa z 23. XII.1917 o kontrakcie ubezpieczenia wraz z wydanymi na jej podstawie rozporządzeniami wykonawczymi nadal obowiązywała, względnie weszła w życie, bez żadnego odroczenia, w dniu 1.I.1919 r., co też judykatura sądowa odnośnie wschodniej części Małopolski wyraźnie stwierdziła.

Zacytować tu należy dwa wyroki Sądu Najwyższego z 11.X.1921 i 15.XI. 1921 (O. S. P. I. 267). W pierwszym z tych orzeczeń stwierdził mianowicie Sąd Najwyższy, co następuje:

„Ponieważ Komisja Rządząca w przedmiocie umów o ubezpieczenie nie wydała żadnego obowiązującego rozporządzenia, a także ustawodawstwo sejmowe tą materią prawa dotąd się nie zajęło, przeto na terenie b. Galicji w tej materii obowiązują dwa sprzeczne rozporządzenia: jedno b. P. K. L. odraczające wejście w życie austr. ustawy o umowie ubezpieczenia, a drugie b. T. K. Rz., które tę ustawę przyjęło. Zestawiając te dwa rozporządzenia pod względem czasu i miejsca ich wydania oraz mając na uwadze, że władze, które je wydały, stały do siebie w stosunku koordynacji, musi się za uzasadnione uznać przyjęcie sądu odwoławczego, że w obrębie Sądu Apelacyjnego lwowskiego obowiązuje austriacka ustawa o umowie ubezpieczenia".

Podobnie i w drugim z cytowanych orzeczeń wypowiada Sąd Najwyższy pogląd, że wyżej powołane rozporządzenie P.K.L. z 24.XI.1918 r.

„nie uzyskało we wschodniej części Małopolski nigdy mocy obowiązującej, zostało ono bowiem ogłoszone dopiero 30 grudnia i wstecz działać nie może (§ 5 kc.), tymczasem już z końcem listopada 1918 r. objął rządy we wschodniej części Małopolski Tymczasowy Komitet Rządzący we Lwowie, jak świadczą jego rozporządzenia z 26 listopada 1918 r. i 29 listopada 1918 r. l.1 i 2 pr., z których pierwsze zarządza pobór wojskowy w Galicji wschodniej, a drugie utrzymuje w mocy wszystkie ogłoszone i obowiązujące ustawy i rozporządzenia. To ostatnie należy niewątpliwie odnieść także do ustawy o umowie ubezpieczenia".

Również orzeczenie pełnego kompletu Izby III Sądu Najw. z 1.IV.1927 R. 571/26 (O.S.P. VI. 269) stwierdziło, że austr. ustawa o kontrakcie ubezpieczenia z 23.XII.1917 Dz. pp. Nr 501 obowiązywała bez przerwy w Małopolsce wschodniej, a tak samo obowiązywała ona również bez przerwy na Śląsku Cieszyńskim.

Zestawiając wyżej powołane wyroki S.N. z 11.X.1921 i 15.XI.1921, zauważyć jednak należy, że w pierwszym z nich mowa jest o okręgu Sądu Apelacyjnego we Lwowie, a w drugim o wschodniej części Małopolski, co się ze sobą oczywiście nie pokrywa. Słuszniejsze zdaje się było to drugie orzeczenie ze względu na to, że władza Polskiej Kom. Likw. rozciągała się po San, a więc obejmowała również część kraju, należącą do okręgu Sądu

Apelacyjnego we Lwowie. W konsekwencji tego w obrębie Sądu Apelacyjnego we Lwowie, a nawet w obrębie niektórych Sądów Okręgowych obowiązywały rozmaite przepisy prawne w zakresie prawa ubezpieczeniowego (v. glossa prof. dr Allerhanda do cyt. orzeczeń w O. S. P. tom I, str. 248—249).

Dopiero Rozp. Prez. R. P. z 7.X.1927 (Dz. U. R. P. Nr. 88, poz. 793) uchyliło rozporządzenie P.K.L. z 24.XI.1918 r. w sprawie odroczenia wejścia w życie postanowień ustawy z 23.XII.1917 o kontrakcie ubezpieczenia. Termin wejścia w życie tego rozporządzenia z 7.X.1927 r. oznaczony został na dzień 13.XI.1927 (po upływie miesiąca od dnia ogłoszenia), a jego wykonanie poruczone zostało Ministrom Skarbu i Sprawiedliwości.

W ten sposób z dniem 13.XI.1927 r. uchylona została dwoistość prawna, jaka istniała od ogłoszenia rozporządzenia Polskiej Komisji Likwidacyjnej z 24.XI.1918, nie mniej jednak pozostała nadal jeszcze pewna niejednolitość prawna, polegająca na tym, że P.K.L. nie tylko *odroczyła* wejście w życie austr. ustawy o kontrakcie ubezpieczenia z 23.XII.1917 r., ale też *uchyliła* wydane do tej ustawy i na jej podstawie dwa rozporządzenia wykonawcze z 24.XII.1917 (austr. Dz. pp. Nr 502 i 503), które nie były uchylone we wschodniej części Małopolski, rozporządzenie zaś Prez. R. P. z 7.X. 1927 r. nie wspomina zupełnie o przywróceniu mocy obowiązującej tym uchylonym rozporządzeniom.

Wreszcie zauważyć należy, że od 13.XI.1927 r. obowiązuje ustawa o kontrakcie ubezpieczenia z 23.XII.1917 także na Spiszu i Orawie, a to z mocy rozporządzenia Rady Ministrów z 14.IX.1922 (Dz. U. R. P. Nr. 90, poz. 833), według którego w włączonych do Rzeczypospolitej Polskiej gminach orawskich i spiskich obowiązują w zakresie prawa cywilnego ustawy i rozporządzenia, obowiązujące w okręgu Sądu Apelacyjnego w Krakowie.

PRZEGLĄD POWYŻSZY uwidacznia sam linię rozwojową nowoczesnego ustawodawstwa w przedmiocie ubezpieczenia. Wielokrotnie cytowana jest charakterystyka tej linii sformułowana przez Ehrenzweiga: „W punkcie centralnym rozwoju prawa znajduje się ustawa niemiecka. Obok niej stoi jako siostra ustawa szwajcarska i jako córka ustawa austriacka; obie nie odgrywają jednakże samodzielnej roli w międzynarodowym procesie rozwojowym, gdyż ustawa szwajcarska jest za fragmentaryczna, a ustawa austriacka nie jest dziełem oryginalnym”.

Zastanawiając się nad takim decydującym wpływem ustawy niemieckiej wszędzie, gdzie tylko dochodzi do ustawowego uregulowania umowy ubezpieczenia, niektórzy, zwłaszcza ze strony niemieckiej, uważają to za triumfalny pochód niemieckiej myśli prawniczo - ubezpieczeniowej i za promieniowanie kultury niemieckiej na północ i południe, wschód i zachód. Abstrahując od rozważań polityczno-kulturalnych, należy jednak przypuszczać, że ustawa niemiecka przedstawia sama w sobie takie wartości, które decydują, że żadne ustawodawstwo ubezpieczeniowe nie może pominąć jej norm.

Ustawa niemiecka posiada wartość przede wszystkim z tego powodu, że utrwaliła ona raz na zawsze sformułowanie i ujęcie prawne całego szeregu najważniejszych i podstawowych zagadnień techniczno-ubezpieczeniowych i wprowadziła pod tym względem klasyczną systematykę. Wskutek tego ktokolwiek zamierza regulować prawnie umowę ubezpieczenia, musi

się zająć zagadnieniami techniczno - ubezpieczeniowymi, postawionymi i usystematyzowanymi przez ustawę niemiecką. Ponieważ zaś ustawa niemiecka rozwiązuje trafnie przeważającą część tych zagadnień, stąd wydaje się pochodzić wniosek o naśladownictwie tej ustawy, jeżeli w danym ustawodawstwie znajdują się analogiczne trafne rozwiązania. Naśladownictwo takie może być nawet mimowolne, jeżeli dany ustawodawca samodzielnie dochodzi do takiego samego analogicznego rozwiązania.

Główna wartość ustawy niemieckiej wynika jednakże z innego względu.

Nowoczesne ustawy o umowie ubezpieczenia tak samo jak ustawy o nadzorze nad zakładami ubezpieczeń mają na celu głównie ochronę szerokich rzesz ubezpieczających. Ustawodawca wychodzi z tego założenia, że w umowie ubezpieczenia stoją naprzeciwko siebie dwie strony: zakład ubezpieczeń i ubezpieczający, z których jedna jest silna i doświadczona (zakład ubezpieczeń), a druga (ubezpieczający) bądź gospodarczo za słaba, bądź za mało uświadomiona, by bronić skutecznie swych interesów. Stąd pochodzi potrzeba ustawowej ochrony interesów tej słabej strony. Ta wspomniana ustawowa ochrona interesów szerokich rzesz ubezpieczających wyraża się w ścisłym ustaleniu i ograniczeniu praw i obowiązków ubezpieczającego oraz obowiązków i praw zakładu ubezpieczeń, czyli innymi słowy, w określeniu zasadniczych cech jakości towaru, jeżeli ubezpieczenie nazwiemy towarem. Zrozumiałą jest rzeczą, że im większe wymagania będą przepisane ustawą dla jakości towaru, tym ten towar będzie musiał być droższy. To też decydującym ograniczeniem tendencji ustawowego uregulowania umowy ubezpieczenia w kierunku jak największej korzyści dla ubezpieczającego jest cena za ubezpieczenie. Ustawa, która by czyniła ubezpieczenie za drogim, mija się z celem, bo hamuje rozwój ubezpieczeń (odnosi się to również do ustaw o nadzorze).

I otóż na podstawie doświadczenia w ciągu przeszło ćwierćwiecza można sądzić, że ustawa niemiecka trafia w sedno zagadnienia: chroni dostatecznie interesy ubezpieczających i nie podraża zbytnio ceny za ubezpieczenie. Wprowadza ona ograniczenia swobody umawiania się w interesie ubezpieczającego lecz tylko w punktach niezbędnych oraz chroni interesy zakładu ubezpieczeń w stosunku do nierzetelnego ubezpieczającego, o której to kwestii niektóre ustawy zapominają, presumując, że nierzetelnym może być tylko zakład ubezpieczeń.

Oczywiście już z samego tego faktu, że ustawa niemiecka była wydana przed przeszło ćwierćwiekiem, wynikać musi pewien krytycyzm w stosunku do niej. W ciągu ostatnich zwłaszcza kilkunastu lat postęp na polu ubezpieczeń jest olbrzymi; również i zapatrywania co do potrzeby ochrony szerokich rzesz ubezpieczających ulegają rewizji zwłaszcza tam, gdzie są ubezpieczenia przymusowe i zaostrzony nadzór państwowy. To też z pewnością niejedno postanowienie ustawy niemieckiej jest już przestarzałe, nieaktualne lub jest martwą literą. Z tego powodu reforma ustawy niemieckiej prawdopodobnie staje się w Niemczech coraz bardziej aktualną. Jednakże podstawowe pojęcia ustawy niemieckiej oraz jej systematyka pozostaną jeszcze na długo podwaliną każdej ustawy o umowie ubezpieczenia, przy tym zmodernizowanie ustawy niemieckiej jest ułatwione wobec wytkniętej i jasnej linii środkowej między interesami ubezpieczającego i zakładu ubezpieczeń.

PRZEKŁADY POLSKIE ustawy niemieckiej istnieją dotychczas dwa, obydwa nieurzędowe. Pierwszy przekład znajduje się w sprawozdaniu za lata 1916—17 zakładu prawno - publicznego w Warszawie, który podówczas nazywał się „Ubezpieczenia wzajemne budowli od ognia". Przekład ten jest poprostu skandaliczny. Nie tylko jest w nim zły język i niemożliwa terminologia fachowa, ale także zawiera on niezliczoną ilość mniej lub bardziej poważnych błędów rzeczowych i mylnego odtworzenia oryginalnego tekstu. Wskutek tego jest on zupełnie nieczytelny. Przekład ten, niestety, pokutuje dotychczas. Został bowiem przedrukowany bez zmiany w oficjalnym roczniku Państwowego Urzędu Kontroli Ubezpieczeń za lata 1919—1920, w wydawnictwie dra Z. Fendlera p. t. „Prywatne Prawo Ubezpieczeniowe" (Kraków 1934) oraz w wydawnictwie prof. J. Namitkiewicza p. t. „Ustawodawstwo Handlowe" (Warszawa 1936, nakład Izby Przemysłowo-Handlowej).

Przekład drugi został dokonany przez dra C. Podleskiego, profesora W. S. H. w Poznaniu. Przekład ten usuwa błędną terminologię i znaczną część błędów przekładu pierwszego, jednakże jest on zbyt dosłownym tłumaczeniem tekstu niemieckiego, wskutek czego często jest niezrozumiały a nawet nieścisły. Ponadto przekład ten nie został opublikowany, istnieje bowiem tylko w skrypcie wydanym przez słuchaczów Wyższej Szkoły Handlowej w Poznaniu.

Z tych względów uznać należy, że mimo dwudziestoletniego prawie obowiązywania ustawy niemieckiej na terenie trzech województw Państwa Polskiego, przekład polski ustawy tej tak jakby nie istnieje.

Próbą zapełnienia tej luki jest nowy oryginalny przekład ustawy niemieckiej dokonany przez podpisanego, zamieszczony w niniejszym zeszycie „Przeglądu Ubezpieczeniowego". Przy tłumaczeniu tekstu niemieckiego na język polski nasuwają się olbrzymie trudności, wynikające z braku polskiej terminologii prawniczo-ubezpieczeniowej, która znajduje się dopiero in statu nascendi. Podpisany przyjął w przekładzie bądź ustalone już terminy, bądź wprowadził nowe, co do czego spodziewa się wywołać dyskusję dla wyjaśnienia i sprecyzowania polskich pojęć prawniczo-ubezpieczeniowych. Wymieńmy tu najważniejsze z tych pojęć.

Versicherer tłumaczy się jako zakład ubezpieczeń. Spotykane często wyrażenie „ubezpieczyciel" jest raczej sztucznym i zbędnym wobec zupełnie poprawnego wyrażenia „zakład ubezpieczeń".

Versicherungsnehmer przyjął się po polsku jako ubezpieczający.

Versicherungsfall przedstawia największe trudności. Jest to właściwie wyrażenie nie dające się przetłumaczyć, jest jednak przy tym jednym z podstawowych pojęć ogólnych ustawy. Używa się u nas najczęściej wyrażenia „wypadek przewidziany ubezpieczeniem", co jest błędne, gdyż ubezpieczenie nigdy nie przewiduje wypadku, lecz określa sytuację, jaka ma być w razie wypadku. Jest to gruba różnica. Wyrażenia „wypadek objęty ubezpieczeniem", „ubezpieczone zdarzenie" itp. również nie są szczęśliwe, gdyż z góry przesądzają o ważności ubezpieczenia w razie wypadku. Proponowane przez podpisanego wyrażenie „wypadek podlegający ubezpieczeniu" również nie jest doskonałe, unika jednak niedogodności tamtych.

Versicherungsschein — najlepiej „dokument ubezpieczeniowy". Używane wyrażenie „dowód ubezpieczeniowy" jest mniej trafne. „Polisa" jest oczywiście określeniem za wąskim.

Obliegenheit jest wyrażeniem nieprzetłumaczalnym i musi być opisane wyrażeniami „obowiązek”, „obowiązany” itp.

Anzeigepflicht — sprawia również kłopot. Naczęściej są używane wyrażenia „obowiązek deklarowania” lub „zawiadomienia”. Proponuje się jako wyrażenie techniczne, zwracające uwagę i mniej zwykłe, wyrażenie „obowiązek powiadomienia”.

Gefahrumstand — tłumaczy się zwykle jako „okoliczność niebezpieczeństwa”. Ze względu na to, że wyrażenie „okoliczność” jest słowem nic nie mówiącym, absolutnie bezbarwnym i bez treści, proponuje się bardziej konkretne wyrażenie „szczegół niebezpieczeństwa”. Erheblich — w odniesieniu do Gefahrumstand, który jest przedmiotem obowiązku powiadomienia, tłumaczy się u nas najbłędniej przez wyrażenie „doniosły” lub „ważny”, które to wyrażenie, jeżeli jest w ogólnych warunkach ubezpieczenia, może rzeczywiście ściągnąć na zakład ubezpieczeń „doniosłe” następstwa. Tymczasem ustawie chodzi nie tylko o „doniosły” szczegół niebezpieczeństwa, lecz również o każdy taki, który „ma znaczenie” dla zakładu ubezpieczeń przy powzięciu decyzji co do przyjęcia ryzyka. W ten też sposób słowo „erheblich” jest opisane w przekładzie podpisanego, gdyż bezpośrednio nie da się ono przetłumaczyć (wyrażeniu erheblich odpowiada mniej więcej francuskie remarquable, angielskie considerable, a to nie jest to samo, co polskie: doniosły lub ważny).

Versicherungswert — przyjmuje się u nas jako „wartość ubezpieczenia” lub „wartość ubezpieczona”, co jest mało ścisłe, a w każdym razie bez bliższego objaśnienia niezrozumiałe. W przekładzie podpisanego proponuje się wyrażenie „wartość podlegająca ubezpieczeniu”, które już bardziej samo się tłumaczy.

Poprzestaniemy na tych wyrażeniach, wymienionych przykładowo, gdyż litanię tę możnaby kontynuować prawie w nieskończoność. Z przykładów tych choćby widać, że fachowa terminologia polska nie jest ustalona lub jest nawet czasem błędna, co oczywiście nie ułatwia przekładów fachowych na język polski.

Przy sposobności nasuwa się uwaga, że wartoby się zająć polską terminologią ubezpieczeniową również nie tylko z punktu widzenia prawnego.

Dr Józef Kowal.

NIEMIECKA USTAWA O UMOWIE UBEZPIECZENIA*).

CZĘŚĆ PIERWSZA.

PRZEPISY DOTYCZĄCE WSZYSTKICH DZIAŁÓW UBEZPIECZEŃ.

Rozdział I.

Przepisy ogólne.

§ 1.

Z tytułu ubezpieczenia szkodowego zakład ubezpieczeń jest zobowiązany do pokrycia ubezpieczającemu, zgodnie z umową, szkody majątkowej, spowodowanej wypadkiem podlegającym ubezpieczeniu. Z tytułu ubezpieczenia na życie, od nieszczęśliwych wypadków lub innego rodzaju ubezpieczenia osobowego, zakład ubezpieczeń jest zobowiązany do zapłaty, w razie wypadku podlegającego ubezpieczeniu, umówionej sumy pieniężnej albo renty lub do uskutecznienia innego umówionego świadczenia.

Ubezpieczający jest zobowiązany do zapłaty umówionej składki. W myśl niniejszej ustawy za składki uważa się również świadczenia ubezpieczających, należne z tytułu wzajemnego ubezpieczenia towarzystwom wzajemnych ubezpieczeń.

§ 2.

Dopuszczalne jest ubezpieczenie, które rozpoczyna się wstecz, w chwili wcześniejszej niż chwila zawarcia ubezpieczenia.

Jednakże zakładowi ubezpieczeń, który w chwili zawierania umowy wiedział, że wypadek podlegający ubezpieczeniu już jest wykluczony, nie przysługuje prawo żądania zapłaty składki. Jeżeli zaś ubezpieczający w chwili zawierania umowy wiedział, że wypadek podlegający ubezpieczeniu już miał miejsce, zakład ubezpieczeń nie jest obowiązany do świadczenia oraz posiada, pod warunkiem że o wypadku nie wiedział w chwili zawierania umowy, prawo do składki za cały okres ubezpieczenia, w którym o tym wypadku się dowiedział.

Jeżeli umowa została zawarta przez zastępcę, upełnomocnionego czy nieupełnomocnionego, wówczas w przypadkach określonych w ust. 2. powoduje odpowiedni skutek nie tylko posiadanie wiadomości przez zastępcę lecz także i przez zastępowanego.

---

*) Ust. z dnia 30.V.1908 r. (Dz. ust. Rzeszy str. 263); niniejszego przekładu polskiego dokonał Dr J. Kowal; prawo przedruku zastrzeżone.

§ 3.

Zakład ubezpieczeń winien wydać ubezpieczającemu dokument stwierdzający treść umowy ubezpieczenia, zaopatrzony w firmowy podpis zakładu (dokument ubezpieczeniowy).

W razie zagubienia lub zniszczenia dokumentu ubezpieczeniowego, ubezpieczający może żądać od zakładu ubezpieczeń wystawienia w jego miejsce powtórnego dokumentu. Jeżeli dokument ubezpieczeniowy może być unieważniony tylko w trybie umorzenia, zakład ubezpieczeń jest obowiązany do wystawienia powtórnego dokumentu ubezpieczeniowego dopiero po umorzeniu.

Ubezpieczający może żądać w każdej chwili odpisów swoich oświadczeń dotyczących umowy. Przy wydawaniu dokumentu ubezpieczeniowego winien zakład ubezpieczeń wspomnieć ubezpieczającemu o tym jego uprawnieniu.

Koszty powtórnego dokumentu ubezpieczeniowego i odpisów ponosi ubezpieczający. Na żądanie winien ubezpieczający wpłacić zaliczkę na te koszty.

§ 4.

W razie wystawienia dokumentu ubezpieczeniowego na okaziciela powstają skutki prawne przewidziane w § 808 kodeksu cywilnego.

Jeżeli umowa postanawia, że zakład ubezpieczeń jest obowiązany do świadczenia tylko za zwrotem dokumentu ubezpieczeniowego, wystarczy urzędownie poświadczone uznanie zobowiązania za wygasłe w przypadku, gdy ubezpieczający utrzymuje, że dokumentu zwrócić nie może. Przepis ten nie ma jednak zastosowania, gdy dokument ubezpieczeniowy może być unieważniony tylko w trybie umorzenia.

§ 5.

Jeżeli umowa zawiera zastrzeżenie, mocą którego przyjęcie dokumentu ubezpieczeniowego jest równoznaczne ze zgodą ubezpieczającego na treść tego dokumentu, to zastrzeżenie takie może zużytkować zakład ubezpieczeń tylko wtedy, gdy w umowie przyznał ubezpieczającemu termin najmniej jednomiesięczny do wystąpienia z zarzutem nieprawdziwości treści dokumentu i gdy ubezpieczający w ciągu tego terminu z zarzutem takim nie wystąpił. Zastrzeżenie to nie może pozbawić ubezpieczającego prawa zaczepienia zgody wywołanej błędem.

§ 6.

Jeżeli umowa przewiduje, że zakład ubezpieczeń będzie mógł odstąpić od umowy lub nie będzie obowiązany do świadczenia w razie naruszenia obowiązku, który miał być spełniony wobec zakładu ubezpieczeń w czasie przed wypadkiem podlegającym ubezpieczeniu, to taki umówiony skutek nie może nastąpić w razie niezawinionego naruszenia tego obowiązku.

Jeżeli umowa przewiduje taki skutek w razie naruszenia obowiązku, który miał być spełniony wobec zakładu ubezpieczeń w czasie po wypadku podlegającym ubezpieczeniu, to taki umówiony skutek nie może nastąpić, gdy naruszenie nie było rozmyślne ani też nie wypływało z rażącego niedbalstwa.

Zakład ubezpieczeń nie może zużytkować zastrzeżenia umowy, które odbiega od tych przepisów na niekorzyść ubezpieczającego.

§ 7.

Jeżeli czas trwania ubezpieczenia został oznaczony liczbą dni, tygodni, miesięcy lub okresem czasu obejmującym pewną liczbę miesięcy, ubezpieczenie rozpoczyna się w południe tego dnia, w którym umowa została zawarta, a kończy się w południe ostatniego dnia umówionego czasu trwania.

§ 8.

Jeżeli zastrzeżenie umowy przewiduje milczące przedłużenie stosunku ubezpieczenia w razie niewypowiedzenia go przed upływem czasu trwania umowy, zastrzeżenie takie jest nieważne w odniesieniu do każdorazowego przedłużenia na czas przekraczający jeden rok.

§ 9.

W myśl niniejszej ustawy uważa się za okres ubezpieczenia czas jednego roku, chyba że składka została wymierzona według krótszych odstępów czasu.

§ 10.

Jeżeli ubezpieczający zmienił miejsce zamieszkania nie zawiadomiwszy o tym zakładu ubezpieczeń, to dla zakomunikowania ubezpieczającemu oświadczenia woli wystarczy wysłać oświadczenie listem poleconym do ostatnio zakładowi ubezpieczeń znanego miejsca zamieszkania ubezpieczającego. Oświadczenie takie uważa się za złożone w tej chwili, w której otrzymałby je ubezpieczający w warunkach normalnych, gdyby nie był zmienił miejsca zamieszkania.

Jeżeli ubezpieczenie pozostaje w związku z przedsiębiorstwem ubezpieczającego, to w razie zmiany siedziby przedsiębiorstwa mają odpowiednie zastosowanie przepisy ust. 1.

§ 11.

Zakład ubezpieczeń nie może zużytkować zastrzeżenia umowy, mocą którego jego świadczenie ma być płatne dopiero po stwierdzeniu wierzytelności przez przyznanie, ugodę lub prawomocny wyrok.

§ 12.

Wszelkie roszczenia z tytułu umowy ubezpieczenia przedawniają się po upływie dwu lat, a w ubezpieczeniu życiowym po upływie pięciu lat. Bieg przedawnienia rozpoczyna się z końcem tego roku, w którym świadczenie mogło być żądane.

Jeżeli umowa przewiduje, że zakład ubezpieczeń będzie wolny od obowiązku świadczenia, o ile roszczenie o świadczenie nie będzie dochodzone sądownie w ciągu określonego terminu, to bieg tego terminu rozpoczyna się w chwili, w której zakład ubezpieczeń odmówił ubezpieczającemu na piśmie żądanego świadczenia, wymieniając skutek prawny związany z upływem tego terminu. Termin ten nie może być krótszy niż sześć miesięcy.

Zakład ubezpieczeń nie może zużytkować zastrzeżenia umowy, któreby ułatwiało przedawnienie roszczeń do niego lub któreby odbiegało od przepisów ust. 2. na niekorzyść ubezpieczającego.

§ 13.

W razie upadłości zakładu ubezpieczeń stosunek ubezpieczenia kończy się z upływem miesiąca od chwili otwarcia upadłości, pozostając w ciągu tego miesiąca w mocy w stosunku do masy upadłości. Pozostają przy tym w mocy przepisy szczególne zawarte w ustawie z dnia 12 maja 1901 r. (Dz. ust. Rzeszy str. 139) o prywatnych zakładach ubezpieczeń, o ile dotyczą skutków upadłości.

§ 14.

Zakład ubezpieczeń nie może zużytkować zastrzeżenia umowy, które przewiduje w razie upadłości ubezpieczającego wygaśnięcie stosunku ubezpieczenia, lub które przyznaje zakładowi w takim przypadku prawo rozwiązania umowy bez terminu wypowiedzenia lub z terminem krótszym od jednego miesiąca.

To samo odnosi się do zastrzeżenia umowy dotyczącego, w sposób określony w ust. 1., przypadku ustanowienia zarządu przymusowego nad ubezpieczoną nieruchomością.

§ 15.

Jeżeli chodzi o ubezpieczenie rzeczy nie podlegających egzekucyjnemu zajęciu, roszczenie z tytułu ubezpieczenia może być przeniesione tylko na takich wierzycieli ubezpieczającego, którzy dla zastąpienia rzeczy zniszczonych lub uszkodzonych dostarczyli ubezpieczającemu innych rzeczy.

Rozdział II.

Obowiązek powiadomienia. Zwiększenie niebezpieczeństwa.

§ 16.

Ubezpieczający, zawierając umowę, winien powiadomić zakład ubezpieczeń o wszystkich wiadomych sobie szczegółach, mających znaczenie dla decyzji przejęcia niebezpieczeństwa (o szczegółach niebezpieczeństwa).

Zakład ubezpieczeń, który wbrew temu przepisowi nie został powiadomiony o jakimkolwiek szczególe niebezpieczeństwa, może odstąpić od umowy; zakład ubezpieczeń może to uczynić również wtedy, gdy nie został powiadomiony o szczególe niebezpieczeństwa wskutek tego, że ubezpieczający uchylił się podstępnie od posiadania wiadomości o danym szczególe niebezpieczeństwa.

Odstąpienie od umowy jest niedopuszczalne, jeżeli zakład ubezpieczeń wiedział o tym szczególe, o którym go ubezpieczający nie powiadomił, lub jeżeli brak powiadomienia nie pochodzi z winy ubezpieczającego.

§ 17.

Zakład ubezpieczeń może również odstąpić od umowy, jeżeli powiadomienie o szczególe niebezpieczeństwa było nieprawdziwe.

Odstąpienie od umowy jest niedopuszczalne, jeżeli zakład ubezpieczeń wiedział o nieprawdziwości powiadomienia lub jeżeli ta nieprawdziwość wynikła bez winy ubezpieczającego.

§ 18.

W razie wątpliwości uważa się każdy szczegół, o który zakład ubezpieczeń zapytywał wyraźnie i na piśmie, jako szczegół niebezpieczeństwa.

Jeżeli ubezpieczający winien był powiadomić zakład ubezpieczeń o szczegółach niebezpieczeństwa w formie odpowiedzi na pytania pisemne, przez zakład ubezpieczeń ułożone i jeżeli w takim przypadku nie powiadomił zakładu ubezpieczeń o szczególe, który nie był przedmiotem wyraźnego pytania, to zakład ubezpieczeń z tego powodu może odstąpić od umowy tylko w razie podstępnego zatajenia.

§ 19.

Gdy umowę zawierał zastępca, upełnomocniony czy nieupełnomocniony, zakład ubezpieczeń posiada prawo odstąpienia od umowy nie tylko na zasadzie posiadania wiadomości przez zastępcę i podstępu zastępcy lecz również i na zasadzie posiadania wiadomości przez ubezpieczającego i podstępu ubezpieczającego. W przypadku braku powiadomienia lub nieprawdziwego powiadomienia o szczególe niebezpieczeństwa, ubezpieczającemu przysługuje obrona z powodu braku winy tylko wtedy, gdy ani on sam ani zastępca winy nie ponosi.

§ 20.

Zakład ubezpieczeń może odstąpić od umowy tylko w ciągu jednego miesiąca od chwili, w której dowiedział się o naruszeniu obowiązku powiadomienia.

Odstąpienie od umowy jest dokonane przez złożenie oświadczenia ubezpieczającemu. W razie odstąpienia od umowy są obie strony wzajemnie obowiązane do zwrotu otrzymanych świadczeń, przy czym jednak o ile chodzi o składkę pozostają w mocy odmienne przepisy niniejszej ustawy; kwoty pieniężne winny być oprocentowane od chwili ich otrzymania.

§ 21.

Zakład ubezpieczeń, który po wypadku podlegającym ubezpieczeniu odstępuje od umowy z powodu naruszenia obowiązku powiadomienia o szczególe niebezpieczeństwa, pozostaje mimo to obowiązany do świadczenia, jeżeli ten szczegół nie miał żadnego wpływu na wypadek podlegający ubezpieczeniu i na wzrost wysokości świadczenia zakładu ubezpieczeń.

§ 22.

Pozostaje w mocy prawo zakładu ubezpieczeń do zaczepienia ważności umowy na zasadzie podstępnego wprowadzenia w błąd co do szczegółów niebezpieczeństwa.

§ 23.

Zawarłszy umowę ubezpieczający nie może bez zgody zakładu ubezpieczeń zwiększać niebezpieczeństwa ani zezwalać na zwiększenia niebezpieczeństwa przez osobę trzecią.

Ubezpieczający winien niezwłocznie powiadomić zakład ubezpieczeń o każdym zwiększeniu niebezpieczeństwa, wynikłym wskutek zmiany dokonanej lub dopuszczonej przez niego bez zgody zakładu ubezpieczeń, skoro tylko posiadł wiadomość o tym zwiększeniu.

§ 24.

Jeżeli ubezpieczający naruszył przepis § 23 ust. 1, zakład ubezpieczeń może wypowiedzieć umowę z natychmiastowym skutkiem. Ubezpieczający może jednak uznać to wypowiedzenie za skuteczne dopiero po upływie miesiąca, jeżeli nie ponosi winy w naruszeniu wymienionego przepisu.

Zakład ubezpieczeń może wykonać prawo wypowiedzenia tylko w ciągu miesiąca od chwili, w której dowiedział się o zwiększeniu niebezpieczeństwa. Zakład ubezpieczeń traci prawo wypowiedzenia, jeżeli został przywrócony stan rzeczy, istniejący przed zwiększeniem niebezpieczeństwa.

§ 25.

O ile chodzi o wypadek podlegający ubezpieczeniu, który miał miejsce po zwiększeniu niebezpieczeństwa, zakład ubezpieczeń nie jest obowiązany do świadczenia, jeżeli został naruszony przepis § 23 ust. 1.

Zobowiązanie zakładu ubezpieczeń pozostaje w mocy, jeżeli naruszenie nie wynika z winy ubezpieczającego. Jednakże i w takim przypadku zakład ubezpieczeń jest wolny od obowiązku świadczenia, jeżeli ubezpieczający zaniedbał obowiązku niezwłocznego powiadomienia w myśl przepisu § 23 ust. 2, a wypadek podlegający ubezpieczeniu miał miejsce po upływie miesiąca od chwili, w której zakład ubezpieczeń powinien był otrzymać to powiadomienie, i jeżeli przy tym w chwili tej zakład ubezpieczeń skądinąd nie wiedział o zwiększeniu niebezpieczeństwa.

Zobowiązanie zakładu ubezpieczeń pozostaje również w mocy wówczas, gdy zakład umowy nie wypowiedział, a wypadek podlegający ubezpieczeniu miał miejsce po upływie terminu przepisanego do wykonania prawa wypowiedzenia, albo gdy zwiększenie niebezpieczeństwa nie miało wpływu na wypadek podlegający ubezpieczeniu i na wzrost wysokości świadczenia zakładu ubezpieczeń.

§ 26.

Przepisy §§ 23 do 25 nie mają zastosowania do przypadków zwiększenia niebezpieczeństwa spowodowanego przez ubezpieczającego ze względów na interes zakładu ubezpieczeń, wskutek wydarzenia objętego ubezpieczeniem, lub ze względów humanitarnych.

§ 27.

Jeżeli po zawarciu umowy niebezpieczeństwo zwiększyło się bez udziału woli ubezpieczającego, przysługuje zakładowi ubezpieczeń prawo rozwiązania umowy przy zachowaniu jednomiesięcznego terminu wypowiedzenia i z zastosowaniem przepisów § 24 ust. 2.

Ubezpieczający winien powiadomić zakład ubezpieczeń o zwiększeniu niebezpieczeństwa niezwłocznie, skoro tylko dowiedział się o tym zwiększeniu.

§ 28.

Zakład ubezpieczeń, który nie został powiadomiony niezwłocznie stosownie do przepisu § 27 ust. 2, jest wolny od obowiązku świadczenia, jeżeli wypadek podlegający ubezpieczeniu miał miejsce po upływie miesiąca od chwili, w której zakład ubezpieczeń to powiadomienie winien był otrzymać.

Zobowiązanie zakładu ubezpieczeń pozostaje jednak w mocy, jeżeli tenże w chwili wymienionej w ust. 1 wiedział o zwiększeniu niebezpieczeństwa, lub jeżeli nie wypowiedział umowy, a wypadek podlegający ubezpieczeniu miał miejsce po upływie terminu przepisanego do wykonania prawa wypowiedzenia, lub wreszcie jeżeli zwiększenie niebezpieczeństwa nie miało żadnego wpływu na wypadek podlegający ubezpieczeniu i na wzrost wysokości świadczenia zakładu.

§ 29.

Zwiększenie niebezpieczeństwa, które nie powoduje zmiany w ocenie stopnia niebezpieczeństwa, nie pociąga za sobą skutków prawnych. Jeżeli z okoliczności wynika, że należy uważać za rzecz umówioną między stronami, że dane zwiększenie niebezpieczeństwa nie będzie w niczym naruszało stosunku ubezpieczenia, to również i to zwiększenie niebezpieczeństwa nie może pociągnąć za sobą skutków prawnych.

§ 30.

Zakład ubezpieczeń, któremu przysługuje prawo odstąpienia od umowy lub wypowiedzenia umowy w myśl przepisów niniejszego rozdziału w stosunku do części ubezpieczonych przedmiotów lub osób, może tylko wtedy odstąpić od umowy lub wypowiedzieć umowę w stosunku do reszty, gdy wykaże, że dla tej tylko reszty nie byłby zawarł umowy na tych warunkach, na jakich umowa została zawarta.

Jeżeli zakład ubezpieczeń odstąpił od umowy lub wypowiedział umowę w stosunku do części przedmiotów lub osób, ubezpieczającemu przysługuje prawo wypowiedzenia ubezpieczenia w stosunku do reszty na termin nie późniejszy niż na koniec tego okresu ubezpieczenia, w którym został rozwiązany stosunek ubezpieczenia przez odstąpienie lub wypowiedzenie ze strony zakładu ubezpieczeń.

Jeżeli naruszenie przepisów o zwiększeniu niebezpieczeństwa uzasadnia zwolnienie zakładu ubezpieczeń z obowiązku świadczenia, o ile chodzi o część ubezpieczonych przedmiotów lub osób, to do tego zwolnienia ma odpowiednie zastosowanie przepis ust. 1.

§ 31.

Zakład ubezpieczeń nie może zużytkować zastrzeżenia umowy, które odbiega na niekorzyść ubezpieczającego od przepisów §§ 16 do 29. Jednakże może być zastrzeżona pisemna forma dla skuteczności powiadomień, do których jest obowiązany ubezpieczający.

§ 32.

Przepisom niniejszego rozdziału nie uchybia zastrzeżenie umowy, mocą którego ubezpieczający przyjmuje na siebie określony w umowie obowiązek w celu zmniejszenia niebezpieczeństwa lub w celu zapobieżenia

zwiększeniu niebezpieczeństwa. Zakład ubezpieczeń nie może zużytkować zastrzeżenia umowy, mocą którego naruszenie takiego obowiązku uprawnia go do odstąpienia od umowy lub zwalnia go z obowiązku świadczenia, jeżeli naruszenie to nie miało żadnego wpływu na wypadek podlegający ubezpieczeniu i na wzrost wysokości świadczenia zakładu.

§ 33.

Ubezpieczający winien bezwłocznie powiadomić zakład ubezpieczeń o wypadku podlegającym ubezpieczeniu, skoro tylko o tym wypadku się dowiedział.

Zakład ubezpieczeń nie może zużytkować zastrzeżenia umowy, mocą którego jest zwolniony z obowiązku świadczenia w razie naruszenia obowiązku powiadomienia o wypadku podlegającym ubezpieczeniu, jeżeli o wypadku tym dowiedział się w inny sposób w odpowiednim czasie.

§ 34.

Po wypadku podlegającym ubezpieczeniu może zakład ubezpieczeń żądać od ubezpieczającego udzielenia wszelkich wyjaśnień potrzebnych do stwierdzenia tego wypadku albo wysokości świadczenia zakładu ubezpieczeń.

Zakład ubezpieczeń może żądać przedłożenia tylko takich danych, których dostarczenie można uważać w granicach słuszności za możliwe dla ubezpieczającego. Zakład ubezpieczeń nie może zużytkować zastrzeżenia umowy, które odbiega od niniejszego przepisu na niekorzyść ubezpieczającego.

Rozdział III.

Składka.

§ 35.

Ubezpieczający obowiązany jest zapłacić składkę (w razie umówienia składki bieżącej, pierwszą składkę), niezwłocznie po zawarciu umowy. Ubezpieczający jest obowiązany do zapłaty tylko za jednoczesnym otrzymaniem dokumentu ubezpieczeniowego, chyba że wystawienie tegoż jest wykluczone.

§ 36.

Miejscem płatności zobowiązania z tytułu składki jest miejsce zamieszkania ubezpieczającego, który jest jednak obowiązany dostarczyć składkę do zakładu ubezpieczeń na własny koszt i na własne ryzyko.

Jeżeli ubezpieczający zawarł ubezpieczenie w związku ze swoim przedsiębiorstwem, którego siedziba jest w innym miejscu, przyjmuje się zamiast miejsca zamieszkania siedzibę przedsiębiorstwa.

§ 37.

Jeżeli składka była zwykle inkasowana na miejscu u ubezpieczającego, to tenże obowiązany jest do jej dostarczenia do zakładu ubezpieczeń dopiero po otrzymaniu na piśmie żądania dostarczenia.

§ 38.

Jeżeli składka, płatna przed rozpoczęciem się lub w chwili rozpoczęcia się ubezpieczenia, nie została w terminie zapłacona, zakład ubezpieczeń jest wolny od obowiązku świadczenia, w razie gdy wypadek podlegający ubezpieczeniu miał miejsce przed zapłatą.

Jeżeli składka nie została zapłacona w terminie, zakład ubezpieczeń może rozwiązać umowę przy zachowaniu jednomiesięcznego terminu wypowiedzenia. Wypowiedzenie umowy pozostaje bez skutku w razie zapłaty składki przed upływem terminu wypowiedzenia.

§ 39.

Jeżeli składka płatna po rozpoczęciu się ubezpieczenia nie została zapłacona w dniu płatności, zakład ubezpieczeń może postawić ubezpieczającego w zwłoce przez wyznaczenie mu na jego koszt terminu do zapłaty. Jeżeli wypadek podlegający ubezpieczeniu miał miejsce po upływie tego terminu, a ubezpieczający do chwili wypadku nie zapłacił składki ani dłużnych procentów lub kosztów, zakład ubezpieczeń jest wolny od obowiązku świadczenia. Po upływie tego terminu zakład ubezpieczeń może wypowiedzieć umowę z natychmiastowym skutkiem, jeżeli ubezpieczający składki nie zapłacił. (Już przy wyznaczeniu terminu do zapłaty może zakład ubezpieczeń wypowiedzieć stosunek ubezpieczenia w ten sposób, że wypowiedzenie będzie skuteczne z upływem tego terminu w razie niezapłaty składki do chwili upływu; na przepis ten winien zakład ubezpieczeń przy wypowiedzeniu wyraźnie wskazać. Wypowiedzenie pozostaje bez skutku, jeżeli ubezpieczający zapłaci składkę w ciągu miesiąca po upływie wyznaczonego terminu do zapłaty, o ile przed zapłatą nie miał miejsca wypadek podlegający ubezpieczeniu [1]).

Wyznaczenie terminu do zapłaty winno nastąpić na piśmie i winno wskazywać skutki prawne, związane w myśl ust. 1 z upływem terminu. Termin ten nie może być krótszy niż dwa tygodnie. Wyznaczenie terminu w sposób niezgodny z niniejszymi przepisami nie wywołuje żadnych skutków prawnych.

Określone w ust. 1 skutki prawne mogą być wywołane niezapłatą procentów lub kosztów tylko wtedy, gdy wyznaczenie terminu do zapłaty wymienia wysokość procentów albo kwotę kosztów.

§ 40.

Jeżeli stosunek ubezpieczenia został rozwiązany na podstawie przepisów rozdziału II w drodze odstąpienia od umowy lub wypowiedzenia umowy z powodu braku powiadomienia lub nieprawdziwego powiadomienia o szczególe niebezpieczeństwa lub z powodu zwiększenia niebezpieczeństwa, zakładowi ubezpieczeń przysługuje mimo to składka, jednakże za czas nie dłuższy niż do upływu bieżącego okresu ubezpieczenia.

To samo ma zastosowanie w przypadku, gdy stosunek ubezpieczenia został wypowiedziany w myśl § 39 z powodu niezapłacenia składki w terminie. Zakład ubezpieczeń, wypowiadając umowę na zasadzie § 38 ust. 2, może żądać tylko stosownej opłaty na pokrycie poniesionych kosztów

---

[1]) Dwa zdania ujęte w nawias zostały wprowadzone w Niemczech w r. 1924. W b. zaborze pruskim nie obowiązują.

własnych. Jeżeli w warunkach ubezpieczenia jest ustalona kwota opłaty na te koszty, w wysokości zatwierdzonej przez władzę nadzorczą, kwotę tę należy uważać za stosowną.

W razie ustania stosunku ubezpieczenia wskutek upadłości zakładu ubezpieczeń, ubezpieczający może żądać zwrotu składki w części przypadającej na czas po ustaniu stosunku ubezpieczenia, po potrąceniu kosztów poniesionych za ten czas.

§ 41.

W razie naruszenia przez ubezpieczającego obowiązku powiadomienia przy zawieraniu umowy i gdy to naruszenie nie daje zakładowi ubezpieczeń prawa odstąpienia od umowy wskutek braku winy u drugiej strony, zakład ubezpieczeń może żądać zapłaty wyższej składki za czas od początku bieżącego okresu ubezpieczenia, jeżeli ze względu na większe niebezpieczeństwo przypada wyższa składka. To samo ma zastosowanie w przypadku, gdy przy zawieraniu umowy zakład ubezpieczeń nie został powiadomiony o szczególe niebezpieczeństwa z tego powodu, że szczegół ten nie był znany drugiej stronie.

Zakład ubezpieczeń, który takiego większego niebezpieczeństwa zasadniczo nie przyjmuje nawet za opłatą wyższej składki, może rozwiązać umowę za jednomiesięcznym wypowiedzeniem.

Prawo żądańia wyższej składki i prawo wypowiedzenia umowy gaśnie, jeżeli zakład ubezpieczeń nie zużytkuje go w ciągu miesiąca od chwili, w której dowiedział się o naruszeniu obowiązku powiadomienia lub o szczególe niebezpieczeństwa, o którym nie został powiadomiony.

§ 42.

Zakład ubezpieczeń nie może zużytkować zastrzeżenia umowy, które odbiega na niekorzyść ubezpieczającego od przepisów §§ 37 do 41.

Rozdział IV.

Ajenci ubezpieczeniowi.

§ 43.

Uważa się, że zakład ubezpieczeń udzielił ajentowi w danym dziale ubezpieczeń pełnomocnictwo do wykonywania następujących czynności i to także w przypadku powierzenia tylko samego pośredniczenia przy pozyskiwaniu ubezpieczeń:

1) odbieranie wniosków dotyczących zawarcia, przedłużenia albo zmiany umowy ubezpieczenia, jak również odbieranie cofnięcia takich wniosków;

2) odbieranie od ubezpieczającego powiadomień, wymaganych w czasie trwania ubezpieczenia przez prawo lub umowę, jak również oświadczeń zawierających wypowiedzenie umowy lub odstąpienie od umowy oraz wszelkich innych oświadczeń, dotyczących stosunku ubezpieczenia;

3) wydawanie wystawionych przez zakład ubezpieczeń dokumentów ubezpieczeniowych i prolongacyjnych;

4) przyjmowanie składki wraz z procentami i kosztami w razie posiadania obliczenia składki, zaopatrzonego w podpis zakładu ubezpieczeń (jako podpis wystarcza podpisanie nazwiskiem sporządzone w drodze mechanicznego powielenia).

§ 44.

W tych przypadkach, w których na zasadzie przepisów niniejszej ustawy wynikają skutki prawne z faktu posiadania przez zakład ubezpieczeń odpowiedniej wiadomości, fakt posiadania wiadomości przez ajenta, upoważnionego jedynie do pośredniczenia przy pozyskiwaniu ubezpieczeń, nie jest równoznaczny z faktem posiadania tej wiadomości przez zakład ubezpieczeń.

§ 45.

Ajent ubezpieczeniowy, posiadający pełnomocnictwo do zawierania umów ubezpieczenia, jest również uprawniony do zawierania umów w przedmiocie zmiany i przedłużenia umów ubezpieczenia oraz do wypowiadania umów ubezpieczenia i do odstępowania od tych umów.

§ 46.

Pełnomocnictwo ajenta, ustanowione wyraźnie dla określonego okręgu, odnosi się tylko do czynności i działań prawnych dotyczących ubezpieczeń przedmiotów, które znajdują się w tym okręgu lub osób w tymże okręgu zwykle przebywających. To ograniczenie pełnomocnictwa nie dotyczy jednakże czynności i działań prawnych ajenta będących w związku z umowami ubezpieczenia, które zostały gdziekolwiek indziej zawarte przez niego lub za jego pośrednictwem.

§ 47.

Zwężenie zakresu pełnomocnictwa, przysługującego ajentowi w myśl przepisów §§ 43 do 46, może być tylko w takim przypadku przeciwstawione osobie trzeciej, gdy osoba ta przy czynności lub działaniu prawnym ajenta znała to zwężenie lub tegoż wskutek rażącego niedbalstwa nie znała. Zakład ubezpieczeń nie może zużytkować zastrzeżenia umowy, odbiegającego od tego przepisu.

§ 48.

Dla skarg przeciwko zakładowi ubezpieczeń z umowy ubezpieczenia zawartej przez ajenta lub za pośrednictwem ajenta jest właściwym sąd tej miejscowości, w której ajent miał biuro ajencyjne lub w braku tegoż miejsce zamieszkania w chwili zawierania umowy lub pośredniczenia przy niej.

Przepisana ust. 1 właściwość sądu nie może być wykluczona umową.

CZĘŚĆ DRUGA.

UBEZPIECZENIE SZKODOWE.

Rozdział I.

Przepisy dla wszystkich działów ubezpieczeń szkodowych.

I. Treść umowy.

§ 49.

Zakład ubezpieczeń obowiązany jest do pieniężnego świadczenia z tytułu szkody.

§ 50.

Zakład ubezpieczeń jest obowiązany do świadczenia tylko do wysokości sumy ubezpieczenia.

§ 51.

W razie stwierdzenia, że suma ubezpieczenia znacznie przewyższa pełną wartość ubezpieczonego interesu majątkowego (wartość podlegającą ubezpieczeniu), zarówno zakład ubezpieczeń jak i ubezpieczający mogą żądać, w celu usunięcia nadubezpieczenia, zniżenia sumy ubezpieczenia z odpowiednią obniżką składki należnej za przyszłe okresy ubezpieczenia.

Nieważna jest każda umowa ubezpieczenia, zawarta przez ubezpieczającego w zamiarze uzyskania z nadubezpieczenia bezprawnej korzyści majątkowej; zakładowi ubezpieczeń należy się jednakże składka za czas do końca okresu ubezpieczenia, w którym zdał sobie sprawę z nieważności umowy, chyba że o tej nieważności wiedział już w chwili zawierania umowy.

§ 52.

Jeżeli ubezpieczenie odnosi się do rzeczy, uważa się za wartość podlegającą ubezpieczeniu, o ile nie zachodzi uzasadnienie innego ustalenia tejże, wartość tej rzeczy.

§ 53.

Zakresem ubezpieczenia może być objęta utrata zysku, spowodowana wypadkiem podlegającym ubezpieczeniu, tylko na zasadzie osobnej umowy w tym względzie.

§ 54.

Ubezpieczenie rzeczy zbiorowej obejmuje wszystkie przedmioty w danym czasie do tej rzeczy należące.

§ 55.

Jeżeliby w chwili wypadku podlegającego ubezpieczeniu suma ubezpieczenia przewyższała wartość podlegającą ubezpieczeniu, zakład ubezpieczeń nie jest obowiązany do świadczenia ubezpieczającemu kwoty wyższej niż szkoda.

§ 56.

Jeżeli w chwili wypadku podlegającego ubezpieczeniu suma ubezpieczenia jest niższą od wartości podlegającej ubezpieczeniu (niedoubezpieczenie), zakład ubezpieczeń obowiązany jest do świadczenia z tytułu szkody kwoty będącej w takim stosunku do szkody, w jakim znajduje się suma ubezpieczenia do wartości podlegającej ubezpieczeniu.

§ 57.

Strony mogą zgodnie ustalić na określoną kwotę wartość podlegającą ubezpieczeniu (taksa). Uważa się, że taksie równa jest wartość ubezpieczonego interesu majątkowego w chwili wypadku podlegającego ubezpieczeniu, chyba że się okaże, że faktyczna wartość ta w chwili tej jest znacznie niższą. Jeżeli suma ubezpieczenia jest niższa od taksy, zakład ubezpieczeń obowiązany jest do świadczenia z tytułu szkody kwoty będącej w takim stosunku do szkody, w jakim znajduje się suma ubezpieczenia do taksy, nawet gdyby taksa była nadmierna.

§ 58.

Kto ubezpiecza interes majątkowy od tego samego niebezpieczeństwa w dwu lub więcej zakładach ubezpieczeń, winien bezzwłocznie powiadomić każdy zakład ubezpieczeń o każdym innym ubezpieczeniu.

W powiadomieniu winien być wymieniony zakład ubezpieczeń, w którym inne ubezpieczenie zostało zawarte, z podaniem sumy ubezpieczenia.

§ 59.

W razie ubezpieczenia interesu majątkowego od tego samego niebezpieczeństwa w dwu lub więcej zakładach ubezpieczeń w ten sposób, że sumy ubezpieczenia łącznie przewyższają wartość podlegającą ubezpieczeniu (ubezpieczenie podwójne), powstaje zobowiązanie solidarne każdego zakładu ubezpieczeń z tym skutkiem, że każdy zakład ubezpieczeń jest obowiązany wobec ubezpieczającego do pełnego świadczenia takiego, do jakiego jest obowiązany na podstawie własnej umowy, przy czym jednak ubezpieczający nie może żądać ogółem więcej niż kwotę równą szkodzie.

Zakłady ubezpieczeń obowiązane są podzielić się między sobą udziałami ustalonymi w stosunku do pełnej kwoty świadczenia, do jakiej każdy z nich jest obowiązany wobec ubezpieczającego na podstawie własnej umowy. Jeżeli do jednego z ubezpieczeń ma zastosowanie prawo zagraniczne, zakład ubezpieczeń podlegający temu prawu może żądać od innego zakładu ubezpieczeń wyrównania udziału pod warunkiem, że sam jest obowiązany do takiego wyrównania na podstawie prawa, któremu podlega.

W razie podwójnego ubezpieczenia, mającego na celu uzyskanie przez ubezpieczającego bezprawnej korzyści majątkowej, jest nieważną każda w tym zamiarze zawarta umowa; zakładowi ubezpieczeń należy się jednakże składka za czas do końca okresu ubezpieczenia, w którym zdał sobie sprawę z nieważności umowy, chyba że o tej nieważności wiedział już w chwili zawierania umowy.

§ 60.

Ubezpieczający, który nie wiedząc o innej umowie zawarł umowę, powodującą fakt powstania podwójnego ubezpieczenia, może żądać od

każdego zakładu ubezpieczeń zniżenia sumy ubezpieczenia, z odpowiednią obniżką składki, do kwoty udziału, którą tenże zakład obowiązany jest wobec innego zakładu ubezpieczeń ponosić na własny rachunek.

Zniżenie sumy ubezpieczenia i składki jest obowiązkowe od początku tego okresu ubezpieczenia, w którym zostało zażądane. Jeżeli jednakże jeden z zakładów ubezpieczeń rozpoczął już ponoszenie ryzyka przez przejęcie niebezpieczeństwa zanim ubezpieczający zawarł umowę z innym zakładem ubezpieczeń, zniżenie to obowiązkowe jest dla tego pierwszego zakładu ubezpieczeń dopiero od chwili, w której zostało zażądane.

W razie obniżki składki należy się zakładowi ubezpieczeń stosowna opłata na pokrycie kosztów.

Prawo żądania zniżenia sumy ubezpieczenia i składki gaśnie, jeżeli ubezpieczający nie skorzystał z niego bezzwłocznie po zdaniu sobie sprawy z faktu podwójnego ubezpieczenia.

§ 61.

Zakład ubezpieczeń jest wolny od obowiązku świadczenia, jeżeli ubezpieczający spowodował wypadek podlegający ubezpieczeniu rozmyślnie lub wskutek rażącego niedbalstwa.

§ 62.

W razie wypadku podlegającego ubezpieczeniu ubezpieczający jest obowiązany w miarę możności do przedsięwzięcia kroków dla uchylenia lub zmniejszenia szkody i do stosowania się przy tym do wskazówek zakładu ubezpieczeń; jeżeli to jest możliwe, winien sam zwrócić się po te wskazówki. W razie zainteresowania dwu lub więcej zakładów ubezpieczeń i gdy te zakłady udzieliły sprzecznych wskazówek, ubezpieczający postąpi tak, jak według własnego uznania powinien postąpić.

§ 63.

Koszty ratunku, poniesione przez ubezpieczającego zgodnie z § 62, obciążają zakład ubezpieczeń, nawet gdy były bezowocne, o ile tylko ubezpieczający mógł je w danych warunkach uważać za wskazane. Zakład ubezpieczeń obowiązany jest nawet wtedy zwrócić koszty ratunku poniesione przy wykonaniu jego wskazówek, gdy razem z pozostałym odszkodowaniem przewyższają sumę ubezpieczenia. Na żądanie ubezpieczającego obowiązany jest zakład ubezpieczeń wypłacić zaliczkę na pokrycie kosztów ratunku.

W razie niedoubezpieczenia koszty ratunku winny być zwrócone tylko w stosunku określonym w §§ 56, 57.

§ 64.

Przewidziane umową ustalenie przez biegłych rzeczoznawców poszczególnych podstaw roszczenia z ubezpieczenia lub wysokości szkody nie może obowiązywać, jeżeli odbiega znacznie i w sposób widoczny od rzeczywistego stanu rzeczy. W przypadku tym ustalenie następuje w drodze wyroku sądowego, co ma miejsce również wtedy, gdy biegli rzeczoznawcy nie mogą lub nie chcą wydać ustalenia lub z wydaniem tegoż zwlekają.

Jeżeli umowa przewiduje ustanowienie rzeczoznawców przez sąd, do ustanowienia tego jest właściwy sąd, w okręgu którego miała miejsce

szkoda. Właściwość innego sądu może być uzasadniona tylko wyraźną zgodą obu stron. Nie może być zaskarżone zarządzenie uwzględniające wniosek o mianowanie biegłego rzeczoznawcy.

Nieważnym jest zastrzeżenie umowy odbiegające od przepisu ust. 1 zdanie 1.

§ 65.

Zakład ubezpieczeń nie może zużytkować zastrzeżenia umowy, w myśl którego ubezpieczający nie mógłby być zastąpiony przez pełnomocnika przy pertraktacjach w sprawie ustalenia faktu i wysokości szkody.

§ 66.

Koszty związane z ustaleniem faktu i wysokości szkody, przypadającej na rachunek zakładu ubezpieczeń, tenże obowiązany jest zwrócić ubezpieczającemu o tyle, o ile ich poniesienie było w danych warunkach wskazane.

Zakład ubezpieczeń nie jest obowiązany zwrócić ubezpieczającemu kosztów powołania przez niego biegłego rzeczoznawcy lub doradcy, chyba że w myśl umowy ubezpieczający był do tego obowiązany.

W razie niedoubezpieczenia koszty obciążające zakład ubezpieczeń winny być zwrócone tylko w stosunku określonym w §§ 56, 57.

§ 67.

Roszczenie o odszkodowanie z tytułu szkody, które posiada ubezpieczający do osoby trzeciej, przechodzi na zakład ubezpieczeń w miarę wypłaconego przez tenże świadczenia z tytułu szkody, o ile to nie wychodzi na niekorzyść ubezpieczającego. Jeżeli ubezpieczający zrzekł się roszczenia do osoby trzeciej albo prawa służącego do zabezpieczenia tego roszczenia, zakład ubezpieczeń będzie wolny od obowiązku świadczenia w tym stopniu, w jakim z tego roszczenia albo z tego prawa mógłby uzyskać zwrot wypłaconego świadczenia.

Przejście roszczenia do osoby trzeciej o odszkodowanie z tytułu szkody jest wykluczone, jeżeli roszczenie to ubezpieczający posiada do członka własnej rodziny, żyjącego w tej samej wspólnocie domowej; w przypadku tym roszczenie jednak przechodzi wtedy, gdy członek rodziny spowodował rozmyślnie szkodę.

§ 68.

Jeżeli interes majątkowy, będący przedmiotem ubezpieczenia, nie istniał w chwili rozpoczęcia się ubezpieczenia, lub jeżeli, w razie zawarcia ubezpieczenia dla przedsiębiorstwa lub innego interesu majątkowego w przyszłości powstać mającego, ten interes majątkowy nie powstał, ubezpieczający jest wolny od obowiązku zapłaty składki; w takim przypadku zakład ubezpieczeń może żądać stosownej opłaty na pokrycie kosztów.

Jeżeli interes majątkowy będący przedmiotem ubezpieczenia odpadł po rozpoczęciu się ubezpieczenia, zakładowi ubezpieczeń należy się składka za bieżący okres ubezpieczenia.

II. Zbycie ubezpieczonej rzeczy.

§ 69.

W razie zbycia przez ubezpieczającego ubezpieczonej rzeczy, nabywca obejmuje miejsce pozbywającego, wstępując w wynikłe ze stosunku ubezpieczenia w czasie trwania nabytej własności prawa i obowiązki ubezpieczającego.

Do zapłaty składki należnej za okres ubezpieczenia, w którym miało miejsce to wstąpienie nabywcy w prawa i obowiązki ze stosunku ubezpieczenia, jest obowiązany tak pozbywający jak i nabywca, obaj jako dłużnicy solidarni.

Zakład ubezpieczeń może uznać zmianę wynikającą ze zbycia za obowiązującą go, o ile chodzi o roszczenia do niego ze stosunku ubezpieczenia, dopiero od chwili, w której posiadł wiadomość o zbyciu; przepisy §§ 406 do 408 kodeksu cywilnego mają tu odpowiednie zastosowanie.

§ 70.

Zakład ubezpieczeń może rozwiązać stosunek ubezpieczenia z nabywcą przy zachowaniu jednomiesięcznego terminu wypowiedzenia. Prawo wypowiedzenia gaśnie, jeżeli zakład ubezpieczeń nie skorzystał z niego w ciągu miesiąca od chwili, w której posiadł wiadomość o zbyciu.

Nabywca może wypowiedzieć stosunek ubezpieczenia ze skutkiem natychmiastowym. Prawo wypowiedzenia gaśnie, jeżeli nie zostanie wykonane w ciągu miesiąca po nabyciu; jeżeli nabywcy nie był znany fakt istnienia ubezpieczenia, prawo wypowiedzenia pozostaje w mocy do upływu miesiąca od chwili, w której ten fakt doszedł do wiadomości nabywcy.

W razie rozwiązania stosunku ubezpieczenia na zasadzie tych przepisów, do zapłaty składki zakładowi ubezpieczeń obowiązany jest pozbywający jednakże nie za czas przekraczający okres ubezpieczenia, w którym został rozwiązany stosunek ubezpieczenia; nabywca nie jest obowiązany w tych przypadkach do zapłaty składki.

§ 71.

O zbyciu winien być zakład ubezpieczeń bezwłocznie powiadomiony. Zakład ubezpieczeń, który nie został o zbyciu bezzwłocznie powiadomiony ani przez nabywcę ani przez pozbywającego, jest wolny od obowiązku świadczenia, jeżeli wypadek podlegający ubezpieczeniu miał miejsce po upływie miesiąca od chwili, w której powinien był otrzymać powiadomienie.

Zobowiązanie zakładu ubezpieczeń pozostaje w mocy wówczas, gdy zakład ubezpieczeń znał fakt zbycia w chwili, w której powinien był otrzymać powiadomienie, oraz gdy zakład ubezpieczeń umowy nie wypowiedział a wypadek podlegający ubezpieczeniu miał miejsce po upływie terminu przepisanego do wykonania prawa wypowiedzenia.

§ 72.

Zakład ubezpieczeń nie może zużytkować zastrzeżenia umowy, które odbiega na niekorzyść nabywcy od przepisów §§ 69 do 71. Jednakże może być zastrzeżona pisemna forma dla wypowiedzenia umowy ze strony nabywcy na zasadzie § 70 ust. 2 oraz dla powiadomienia o zbyciu.

§ 73.

Przepisy §§ 69 do 72 mają odpowiednie zastosowanie przy sprzedaży przymusowej.

III. Ubezpieczenie na cudzy rachunek.

§ 74.

Osoba zawierająca ubezpieczenie z zakładem ubezpieczeń może zawrzeć to ubezpieczenie we własnym imieniu na rzecz innej osoby, z wymienieniem lub bez wymienienia nazwiska tej ubezpieczonej osoby (ubezpieczenie na cudzy rachunek).

Jeżeli ubezpieczenie zostało zawarte na rzecz innej osoby, chociażby nawet z wymienieniem nazwiska tejże, należy w razie wątpliwości uważać, że zawierający umowę nie występuje jako zastępca, lecz że działa on we własnym imieniu na cudzy rachunek.

§ 75.

W ubezpieczeniu na cudzy rachunek prawa z umowy ubezpieczenia przysługują ubezpieczonemu. Jednakże tylko ubezpieczający może żądać wydania dokumentu ubezpieczeniowego.

Ubezpieczony może bez zgody ubezpieczającego rozporządzać swoimi prawami lub dochodzić tych praw na drodze sądowej tylko, jeżeli posiada dokument ubezpieczeniowy.

§ 76.

Ubezpieczający może rozporządzać prawami, przysługującymi ubezpieczonemu z umowy ubezpieczenia, we własnym imieniu.

Jeżeli został wystawiony dokument ubezpieczeniowy, ubezpieczający jest upoważniony, mimo braku zgody ubezpieczonego, do przyjęcia zapłaty oraz do przeniesienia praw ubezpieczonego, ale tylko pod warunkiem, że posiada dokument ubezpieczeniowy.

Zakład ubezpieczeń obowiązany jest płacić ubezpieczającemu tylko pod warunkiem, że tenże wykaże się wobec niego zgodą ubezpieczonego na zawarcie ubezpieczenia.

§ 77.

Ubezpieczający nie ma obowiązku wydania dowodu ubezpieczeniowego ubezpieczonemu ani masie upadłości ubezpieczonego w razie jej otwarcia dopóty, dopóki nie zostaną zaspokojone jego roszczenia do ubezpieczonego, pozostające w związku z ubezpieczoną rzeczą. Te roszczenia ubezpieczającego mogą być zaspokojone z pretensji o odszkodowanie do zakładu ubezpieczeń, a po zaspokojeniu tej pretensji z sumy odszkodowania i to z pierwszeństwem przed ubezpieczonym i jego wierzycielem.

§ 78.

Z wierzytelności z tytułu odszkodowania może zakład ubezpieczeń potrącić własną wierzytelność do ubezpieczającego tylko o tyle, o ile dotyczy ona ubezpieczenia zawartego na rzecz ubezpieczonego.

§ 79.

O ile chodzi o prawo zakładu ubezpieczeń odstąpienia od umowy w razie zatajenia szczegółu niebezpieczeństwa lub nieprawdziwego powia-

domienia o takim szczególe, wywołuje odpowiedni skutek posiadanie wiadomości o szczególe i podstęp nie tylko po stronie ubezpieczającego lecz i po stronie ubezpieczonego. Zarzut braku winy przy niepowiadomieniu lub przy nieprawdziwym powiadomieniu o szczególe niebezpieczeństwa może być tylko wtedy przeciwstawiony zakładowi ubezpieczeń, gdy ani ubezpieczający ani ubezpieczony winy nie ponosi.

W razie ubezpieczenia zawartego w ten sposób, że rozpoczyna się ono w czasie przed zawarciem umowy, zakład ubezpieczeń jest wolny od obowiązku świadczenia, jeżeli przy zawieraniu umowy ubezpieczający lub ubezpieczony wiedział o tym, że wypadek podlegający ubezpieczeniu miał już miejsce.

Skutku tego nie wywołuje fakt, że o tym wiedział ubezpieczony, jeżeli umowa przyszła do skutku bez jego wiedzy lub jeżeli ubezpieczony nie mógł na czas zawiadomić ubezpieczającego.

Jeżeli ubezpieczający zawarł umowę nie mając zlecenia ze strony ubezpieczonego i przy zawieraniu umowy nie powiadomił zakładu ubezpieczeń o braku zlecenia, zakład ubezpieczeń może nie uznać zarzutu, powołującego się na to, że umowa została zawarta bez wiedzy ubezpieczonego.

§ 80.

Jeżeli w danych warunkach nic nie przemawia za tym, że ubezpieczenie zostało zawarte na rzecz innej osoby, ubezpieczenie uważa się jako zawarte na własny rachunek.

Jeżeli ubezpieczenie zostało zawarte na rachunek „kogo to dotyczy”, albo jeżeli z treści umowy wynika celowy brak wyraźnego ustalenia pod tym względem, czy jest ubezpieczony własny czy cudzy interes majątkowy, to przepisy §§ 75 do 79 mają zastosowanie wtedy, gdy się okaże, że jest ubezpieczony cudzy interes majątkowy.

Rozdział II.

Ubezpieczenie od ognia.

§ 81.

O ile chodzi o ubezpieczenie od ognia, złożony zakładowi ubezpieczeń wniosek w sprawie zawarcia, przedłużenia lub zmiany umowy, traci moc wiążącą, jeżeli nie został przyjęty w ciągu dwu tygodni. Przepisy § 149 kodeksu cywilnego obowiązują bez zmiany.

Jeżeli wniosek złożony został między nieobecnymi, wymieniony termin rozpoczyna się z chwilą wysłania wniosku.

Odbiegające od tego zastrzeżenia umowy są nieważne. Dopuszczalnym jest jednak umówienie w miejsce terminu dwutygodniowego innego terminu ściśle określonego.

§ 82.

Zakład ubezpieczeń jest obowiązany do świadczenia z tytułu szkody powstałej przez pożar, wybuch albo piorun.

§ 83.

Zakład ubezpieczeń obowiązany jest w razie pożaru do świadczenia dla naprawienia szkody, polegającej na zniszczeniu lub uszkodzeniu ubez-

pieczonych rzeczy, o ile zniszczenie lub uszkodzenie polega na działaniu ognia albo było nieuniknionym następstwem pożaru. Zakład ubezpieczeń obowiązany jest również do świadczenia dla naprawienia szkody powstałej w razie pożaru przez gaszenie, rozbiórkę, lub wyniesienie z pomieszczenia oraz przez zaginięcie ubezpieczonych przedmiotów.

Przepisy te mają odpowiednie zastosowanie do zobowiązania zakładu ubezpieczeń z tytułu szkody spowodowanej przez wybuch i piorun.

§ 84.

Zakład ubezpieczeń nie jest obowiązany do świadczenia, jeżeli pożar lub wybuch powstał wskutek trzęsienia ziemi lub zarządzeń wydanych przez dowódcę wojskowego w czasie wojny albo po ogłoszeniu stanu wojennego.

§ 85.

Ubezpieczenie, które odnosi się do rzeczy zbiorowej, obejmuje również rzeczy osób należących do rodziny ubezpieczającego lub będących w stosunku służbowym do niego, o ile osoby te żyją w domowej wspólnocie z ubezpieczającym. O ile chodzi o rzeczy tych osób, ubezpieczenie jest w tym przypadku ubezpieczeniem na cudzy rachunek.

§ 86.

Uważa się, że wartość podlegająca ubezpieczeniu, o ile chodzi o ruchomości domowe i inne przedmioty użytkowe, o narzędzia pracy i maszyny, jest równa kwocie niezbędnej do nabycia rzeczy tego samego rodzaju, po potrąceniu zmniejszenia wartości w słusznym uwzględnieniu różnicy między stanem starym i nowym.

§ 87.

Umówioną w ubezpieczeniu rzeczy ruchomych taksę przyjmuje się jako wartość ubezpieczonego interesu majątkowego w chwili zawarcia umowy, chyba że faktyczna wartość podlegająca ubezpieczeniu była w tej chwili znacznie niższa. Nieważnym jest umówienie się, że taksa ma być uważana za wartość ubezpieczonego interesu majątkowego w chwili wypadku podlegającego ubezpieczeniu.

§ 88.

Za wartość podlegającą ubezpieczeniu, o ile chodzi o budowle, uważa się koszt wybudowania ustalony według warunków miejscowych, z potrąceniem kwoty odpowiadającej stanowi budowli, w szczególności wiekowi i zużyciu.

§ 89.

Taksa nie może być umówiona w ubezpieczeniu od utraty zysku wskutek wypadku podlegającego ubezpieczeniu.

Zasady obliczenia utraconego zysku mogą być za zezwoleniem władzy nadzorczej umieszczone w warunkach ubezpieczenia. Jeżeli wynik obliczenia według tych zasad da kwotę wyższą od kwoty odpowiadającej faktycznemu stanowi rzeczy, zakład ubezpieczeń obowiązany jest do świadczenia tej drugiej kwoty.

§ 90.

Jeżeli ta sama rzecz ubezpieczona została w jednym zakładzie ubezpieczeń od utraty zysku a w innym zakładzie od jakiejkolwiek innej szkody, ubezpieczający winien bezzwłocznie powiadomić każdy zakład ubezpieczeń o innym ubezpieczeniu.

Powiadomienie winno wymieniać, jaki zakład ubezpieczeń i na jaką sumę ubezpieczenia zawarł inne ubezpieczenie.

§ 91.

W razie niezapłaty składki w terminie w ubezpieczeniu budowli, termin do zapłaty, który winien być wyznaczony w myśl § 39, nie może wynosić mniej niż jeden miesiąc.

§ 92.

Obowiązek powiadomienia o wypadku podlegającym ubezpieczeniu zostaje spełniony, jeżeli powiadomienie nastąpi w ciągu dwu dni po wypadku. Termin ten zostaje dochowany przez wysłanie powiadomienia w terminie.

Zakład ubezpieczeń nie może zużytkować zastrzeżenia umowy, które określa czas trwania i sposób obliczenia terminu odmiennie na niekorzyść ubezpieczającego.

§ 93.

Aż do chwili ustalenia szkody w budowli ubezpieczający nie może bez zgody zakładu ubezpieczeń czynić żadnych zmian, z wyjątkiem tylko takich, które są potrzebne dla spełnienia jego obowiązku, wynikającego z przepisu § 62, albo które są wskazane względami na dobro publiczne.

§ 94.

Po upływie miesiąca od chwili powiadomienia o wypadku podlegającym ubezpieczeniu przypadają od sumy odszkodowania procenty w wysokości 4 od sta w stosunku rocznym, o ile nie istnieje ze szczególnych względów obowiązek wyższego oprocentowania.

Jeżeli do końca miesięca od chwili powiadomienia o wypadku podlegającym ubezpieczeniu nie zostanie ustalona definitywnie wysokość szkody, ubezpieczający może żądać na poczet ogólnej należności zapłaty takiej kwoty, do zapłaty której w danych warunkach zakład ubezpieczeń jest conajmniej obowiązany.

Bieg terminów określonych w ust. 1 i 2 zostaje wstrzymany dopóty, dopóki ustalenie szkody jest niemożliwe z winy ubezpieczającego.

§ 95.

Po wypadku podlegającym ubezpieczeniu zakład ubezpieczeń jest obowiązany do dalszego świadczenia w razie szkody wskutek ponownego wypadku podlegającego ubezpieczeniu, lecz tylko do wysokości pozostałej części sumy ubezpieczenia. Za przyszłe okresy ubezpieczenia należy mu się tylko odpowiednia część składki.

§ 96.

Po wypadku podlegającym ubezpieczeniu każda strona ma prawo wypowiedzieć stosunek ubezpieczenia.

Wypowiedzenie dopuszczalne jest tylko przed upływem miesiąca od chwili ukończenia pertraktacji w sprawie odszkodowania. Zakład ubezpieczeń winien zachować miesięczny termin wypowiedzenia. Ubezpieczający nie może wypowiedzieć na termin późniejszy niż koniec bieżącego okresu ubezpieczenia.

Jeżeli wypowiada ubezpieczający, zakładowi należy się składka za cały bieżący okres ubezpieczenia. Jeżeli zaś wypowiada zakład ubezpieczeń, to temuż należy się za cały bieżący okres ubezpieczenia ta część składki, która przypada na część sumy ubezpieczenia równą kwocie szkody; ze składki przypadającej na resztę sumy ubezpieczenia należy się zakładowi ubezpieczeń część, odpowiadająca czasowi trwania ubezpieczenia.

§ 97.

Jeżeli stosownie do warunków umowy zakład ubezpieczeń jest obowiązany do świadczenia odszkodowania tylko na odbudowę ubezpieczonej budowli, ubezpieczający może żądać zapłaty dopiero wtedy, gdy użycie pieniędzy na przeznaczony cel zostanie zapewnione.

§ 98.

W przypadku § 97 wierzytelność ubezpieczającego z tytułu odszkodowania może być przeniesiona przed ukończeniem odbudowy tylko na nabywcę gruntu albo na tych wierzycieli ubezpieczającego, którzy podjęli się lub dokonali robót albo dostaw dla odbudowy. Jest ważne przeniesienie wierzytelności z tytułu odszkodowania na wierzycieli ubezpieczającego, którzy udzielili gotówkowych zaliczek na odbudowę, jeżeli zaliczki te zostają na odbudowę użyte.

§ 99.

Jeżeli w przypadku § 97 zostanie dokonana zapłata bez zabezpieczenia użycia pieniędzy na przeznaczony cel, zapłata taka jest skuteczna w stosunku do wierzyciela hipotecznego w razie zawiadomienia tegoż przez zakład ubezpieczeń lub przez ubezpieczającego o zamierzonym świadczeniu bez zabezpieczenia, i gdy od chwili otrzymania tego zawiadomienia przez wierzyciela upłynął jeden miesiąc.

Jeżeli zakład ubezpieczeń wypłaca sumę odszkodowania nie na cel odbudowy przewidziany w warunkach ubezpieczenia, wypłata ta jest skuteczna wobec wierzyciela hipotecznego tylko wtedy, gdy zakład ubezpieczeń lub ubezpieczający zawiadomił wierzyciela o zamiarze wypłaty sumy odszkodowania nie na przeznaczony cel, i gdy od chwili otrzymania zawiadomienia przez wierzyciela upłynął jeden miesiąc.

Przepisy § 1128 ust. 1 zdanie 2, 3 kodeksu cywilnego mają odpowiednie zastosowanie.

§ 100.

O ile chodzi o ubezpieczenie budowli, wypowiedzenie umowy, odstąpienie od umowy lub inny fakt, powodujący ustanie stosunku ubezpieczenia, są skuteczne wobec wierzyciela hipotecznego, który zgłosił swą hipotekę zakładowi ubezpieczeń, dopiero po upływie miesiąca od chwili, w której ten wierzyciel został zawiadomiony przez zakład ubezpieczeń lub w inny sposób otrzymał wiadomość o ustaniu stosunku ubezpiecze-

nia albo o terminie ustania, jeżeli to ustanie jeszcze nie nastąpiło. Przepis ten nie stosuje się jednak do przypadku, gdy stosunek ubezpieczenia zostaje wypowiedziany z powodu niezapłaty składki w terminie, lub gdy ustaje wskutek upadłości zakładu ubezpieczeń.

Przepisy te mają odpowiednie zastosowanie, o ile chodzi o skuteczność umówionej między zakładem ubezpieczeń a ubezpieczającym zmiany umowy, mocą której ulega zmniejszeniu suma ubezpieczenia albo zakres niebezpieczeństwa podlegającego ubezpieczeniu.

Wynikająca z zastosowania przepisu § 51 ust. 2 albo § 59 ust. 3 nieważność umowy ubezpieczenia nie dotyczy wierzyciela hipotecznego, który zgłosił zakładowi ubezpieczeń swoją hipotekę. Stosunek ubezpieczenia ustaje jednak wobec takiego wierzyciela z upływem miesiąca od chwili, w której ten wierzyciel został zawiadomiony przez zakład ubezpieczeń lub w inny sposób otrzymał wiadomość o nieważności umowy.

§ 101.

Zakład ubezpieczeń, który jest wolny w ubezpieczeniu budowli od obowiązku świadczenia z powodu zachowania się ubezpieczającego, jest obciążony mimo to nadal zobowiązaniem wobec wierzyciela hipotecznego bez względu na to, czy hipoteka została lub nie została mu zgłoszona. Odnosi się to również do przypadku odstąpienia od umowy przez zakład ubezpieczeń po wypadku podlegającym ubezpieczeniu.

Przepis ust. 1 zdanie 1 nie ma zastosowania, gdy zakład ubezpieczeń jest wolny od obowiązku świadczenia z powodu niezapłaty składki w terminie.

§ 102.

W przypadku zaspokojenia pretensji wierzyciela hipotecznego przez zakład ubezpieczeń na zasadzie przepisów §§ 100 i 101 odpowiednia hipoteka przechodzi na zakład ubezpieczeń, o ile wskutek tego nie ponosi straty inny wierzyciel hipoteczny o równym lub niższym stopniu hipotecznym, wobec którego to innego wierzyciela pozostaje w mocy zobowiązanie zakładu ubezpieczeń do świadczenia.

§ 103.

O ile chodzi o ubezpieczenie budowli, zakład ubezpieczeń winien bezzwłocznie zawiadomić wierzyciela hipotecznego, który mu zgłosił swoją hipotekę, o wyznaczeniu ubezpieczającemu w myśl §§ 39 i 91 terminu do zapłaty składki jak również o wypowiedzeniu stosunku ubezpieczenia po upływie tego terminu na zasadzie braku zapłaty składki.

§ 104.

Jeżeli wierzyciel hipoteczny zmienił mieszkanie nie zawiadamiając o tym zakładu ubezpieczeń, zakład ubezpieczeń spełni obowiązek zawiadomienia przepisany w §§ 100, 103 wysyłając to zawiadomienie listem poleconym pod ostatnim znanym mu adresem. Zawiadomienie to staje się skuteczne w chwili, w której byłoby doszło w warunkach normalnych do wierzyciela hipotecznego, gdyby tenże nie zmienił mieszkania.

§ 105.

O ile chodzi o ubezpieczenie budowli, zakład ubezpieczeń nie może nawet w razie sprzeciwu ze strony ubezpieczającego odmówić przyjęcia składki od wierzyciela hipotecznego, jeżeli tenże wyrazi gotowość jej zapłaty.

§ 106.

Przepisy §§ 99 do 105 mają odpowiednie zastosowanie, gdy nieruchomość jest obciążona długiem rzeczowym, gruntowym lub rentowym.

§ 107.

Z praw wynikających z §§ 100 do 106 nie może być zrobiony użytek na korzyść hipotek, długów gruntowych albo rentowych, które przysługują ubezpieczającemu.

Rozdział III.

Ubezpieczenie od gradobicia.

§ 108.

W ubezpieczeniu od gradobicia zakład ubezpieczeń jest obowiązany do świadczenia z tytułu szkody wyrządzonej w ubezpieczonych ziemiopłodach przez gradobicie.

§ 109.

W ubezpieczeniu od gradobicia może nie wynosić więcej niż jeden tydzień termin z § 5 zdanie 1, do podniesienia przez ubezpieczającego zarzutu nieprawdziwości treści dokumentu ubezpieczeniowego.

§ 110.

Obowiązek powiadomienia o wypadku podlegającym ubezpieczeniu zostaje spełniony, gdy powiadomienie miało miejsce w ciągu czterech dni po wypadku. Termin ten jest dochowany przez wysłanie powiadomienia w ciągu terminu.

Zakład ubezpieczeń nie może zużytkować zastrzeżenia umowy, które określa odmiennie na niekorzyść ubezpieczającego czas trwania i sposób obliczenia tego terminu.

§ 111.

Przed dokonaniem stwierdzenia szkody, ubezpieczający może bez zgody zakładu ubezpieczeń poczynić w ziemiopłodach dotkniętych gradobiciem tylko takie zmiany, które według zasad prawidłowo prowadzonego gospodarstwa nie mogą ulec odroczeniu.

§ 112.

Jeżeli po wypadku podlegającym ubezpieczeniu ma miejsce w tym samym okresie ubezpieczenia ponowny wypadek podlegający ubezpieczeniu, zakład ubezpieczeń jest obowiązany do świadczenia z tytułu ponownej szkody tylko do wysokości pozostałej części sumy ubezpieczenia.

§ 113.

Po wypadku podlegającym ubezpieczeniu może każda strona wypowiedzieć stosunek ubezpieczenia i to zakład ubezpieczeń tylko na koniec okresu ubezpieczenia, w którym miał miejsce wypadek, ubezpieczający najpóźniej na ten sam termin. Jeżeli ubezpieczający wypowiada na termin wcześniejszy, zakładowi ubezpieczeń przysługuje w każdym razie składka za cały bieżący okres ubezpieczenia.

§ 114.

W razie zbycia lub sprzedaży w drodze licytacji ubezpieczonych ziemiopłodów, zakład ubezpieczeń może wypowiedzieć nabywcy stosunek ubezpieczenia tylko na koniec tego okresu ubezpieczenia, w którym dowiedział się o zmianie własności; nie mają zastosowania przewidziane w § 70 ust. 1 ograniczenia prawa wypowiedzenia.

Zakład ubezpieczeń, który nie został w przepisanym terminie powiadomiony o zmianie własności, jest wolny od obowiązku świadczenia, jeżeli wypadek podlegający ubezpieczeniu miał miejsce po upływie tego okresu ubezpieczenia, w którym powinien był otrzymać to powiadomienie. Zobowiązanie zakładu ubezpieczeń pozostaje jednak w mocy, jeżeli tenże dowiedział się o zmianie własności w takim czasie, że mógł dokonać wypowiedzenia na koniec tego okresu ubezpieczenia.

Zakład ubezpieczeń nie może zużytkować zastrzeżenia umowy, odbiegającego od tych przepisów na niekorzyść ubezpieczającego.

§ 115.

Przepisy dotyczące zbycia albo sprzedaży przymusowej ziemiopłodów mają odpowiednie zastosowanie do przypadku nabycia przez osobę trzecią prawa zebrania ubezpieczonych ziemiopłodów na zasadzie użytkowania, umowy dzierżawnej lub innego podobnego tytułu.

Rozdział IV.

Ubezpieczenie bydła.

§ 116.

W ubezpieczeniu bydła zakład ubezpieczeń jest obowiązany do świadczenia z tytułu szkody polegającej na śmierci ubezpieczonego zwierzęcia. W razie śmierci wskutek choroby lub wypadku wysokość szkody jest równa wartości, którą przedstawiało zwierzę bezpośrednio przed zachorowaniem lub przed wypadkiem.

Ubezpieczeniem może być objęta również szkoda polegająca na zachorowaniu lub wypadku zwierzęcia bez następstwa śmierci tegoż.

§ 117.

Ubezpieczeniem nie jest objęta:

1) szkoda, będąca następstwem zarazy lub choroby, jeżeli według przepisów ustawowych ubezpieczającemu przysługuje prawo żądania jej odszkodowania z funduszów publicznych, lub jeżeli takie prawo ubezpieczający utracił wskutek naruszenia przepisów policyjnych, dotyczących zachowania się na wypadek zarazy;

2) szkoda, wynikła wskutek zarządzeń wydanych przez dowódcę wojskowego podczas wojny lub po ogłoszeniu stanu wojennego.

§ 118.

Roszczenie, które przysługuje ubezpieczającemu do osoby trzeciej z tytułu odpowiedzialności za wady ubezpieczonego zwierzęcia, przechodzi na zakład ubezpieczeń w tym stopniu, w jakim tenże wypłacił ubezpieczającemu odszkodowanie. To przejście roszczenia nie może być zużytkowane na niekorzyść ubezpieczającego. W razie utraty tego roszczenia wskutek zawinienia ze strony ubezpieczającego, zakład ubezpieczeń jest wolny od obowiązku świadczenia w tym stopniu, w jakim mógłby uzyskać z tego roszczenia zwrot swego świadczenia.

§ 119.

Po wypadku, podlegającym ubezpieczeniu, zakład ubezpieczeń jest obowiązany do świadczenia z tytułu szkody spowodowanej przez późniejszy wypadek podlegający ubezpieczeniu tylko w granicach pozostałej części sumy ubezpieczenia. Za przyszłe okresy ubezpieczenia należy się zakładowi ubezpieczeń tylko odpowiednia część składki.

§ 120.

Zakład ubezpieczeń może w każdej chwili na własny koszt dokonać oględzin i badania ubezpieczonych zwierząt.

§ 121.

Zakład ubezpieczeń winien być niezwłocznie powiadomiony nie tylko o śmierci, ale i o każdym poważnieszym zachorowaniu i o każdym poważniejszym wypadku ubezpieczonego zwierzęcia. Do powiadomienia o zachorowaniu i o wypadku mają odpowiednie zastosowanie przepisy dotyczące powiadomienia o wypadku podlegającym ubezpieczeniu nawet w przypadku, gdy ubezpieczeniem objęta jest tylko szkoda na wypadek śmierci zwierzęcia.

§ 122.

W razie gdy ubezpieczone zwierzę zachoruje albo ulegnie wypadkowi, winien ubezpieczający niezwłocznie sprowadzić weterynarza lub, gdy to jest niewykonalne, odpowiedniego rzeczoznawcę, chyba że zachorowanie lub wypadek są bez poważniejszego znaczenia.

§ 123.

Koszty żywienia i pielęgnowania oraz koszty badania i leczenia weterynaryjnego nie stanowią tych kosztów ratunku, które w myśl § 63 ponosi zakład ubezpieczeń.

Zakład ubezpieczeń i ubezpieczający ponoszą po połowie koszty pierwszego badania weterynaryjnego w razie zachorowania ubezpieczonego zwierzęcia.

§ 124.

Oprocentowanie sumy odszkodowania jak również prawo ubezpieczającego do żądania zaliczki na poczet sumy odszkodowania określone są w § 94.

§ 125.

Jeżeli ubezpieczający rozmyślnie lub z rażącego niedbalstwa maltretował zwierzę lub je poważnie zaniedbał, zakład ubezpieczeń jest wolny od obowiązku świadczenia, chyba że szkoda nie wynikła z maltretowania lub zaniedbania. Jako poważne zaniedbanie uważa się w szczególności przypadek, gdy w razie zachorowania lub wypadku nie został sprowadzony weterynarz lub rzeczoznawca zgodnie z przepisem § 122.

§ 126.

Ubezpieczający może dobić zwierzę tylko za zgodą zakładu ubezpieczeń, chyba że oczekiwanie na oświadczenie się zakładu ubezpieczeń nie jest możliwe. Jeżeli przed dobiciem zwierzęcia została wydana opinia przez weterynarza lub, w razie niemożności sprowadzenia weterynarza, przez dwu rzeczoznawców, która to opinia stwierdza konieczność dobicia zwierzęcia i niemożność oczekiwania na oświadczenie się zakładu ubezpieczeń, to stwierdzenie takie musi być uznane przez zakład ubezpieczeń za dostateczne.

W razie dobicia zwierzęcia dokonanego wbrew przepisowi ust. 1 zdanie 1, zakład ubezpieczeń jest wolny od obowiązku świadczenia.

§ 127.

W razie zachorowania lub wypadku ubezpieczonego zwierzęcia przed upływem stosunku ubezpieczenia, zakład ubezpieczeń nie jest wolny od obowiązku świadczenia mimo ukończenia się stosunku ubezpieczenia, jeżeli spowodowana zachorowaniem lub wypadkiem śmierć zwierzęcia miała miejsce w ciągu dwu tygodni po ukończeniu się tego stosunku.

§ 128.

Wraz ze zbyciem ubezpieczonego zwierzęcia kończy się stosunek ubezpieczenia, o ile chodzi o to zwierzę; zakładowi ubezpieczeń należy się mimo to składka za czas nie przekraczający jednak bieżącego okresu ubezpieczenia. Jeżeli przed upływem bieżącego okresu ubezpieczenia albo w ciągu dwu tygodni od chwili zbycia nastąpi śmierć zwierzęcia wskutek wady głównej, zakład ubezpieczeń jest obowiązany wobec ubezpieczającego do świadczenia w tym stopniu, w jakim tenże ponosi ustawową odpowiedzialność wobec nabywcy.

W przypadku przejścia na inną osobę, wraz z prawem własności lub posiadania gruntu, prawa własności inwentarza należącego do gruntu, mają zastosowanie przepisy §§ 69 do 73 w odniesieniu do zwierząt wchodzących w skład inwentarza.

Rozdział V.

Ubezpieczenie przewozowe.

§ 129.

Z tytułu ubezpieczenia przewożonych rzeczy (ładunku) od niebezpieczeństw podczas przewozu na lądzie lub na wodach śródlądowych zakład ubezpieczeń przejmuje na siebie wszelkie niebezpieczeństwa, zagrażające ładunkowi w czasie trwania ubezpieczenia.

Z tytułu ubezpieczenia środka komunikacji wodnej (statku) od niebezpieczeństw żeglugi na wodach śródlądowych, zakład ubezpieczeń przejmuje na siebie wszelkie niebezpieczeństwa zagrażające temu statkowi w czasie trwania ubezpieczenia. Zakład ubezpieczeń jest obowiązany do świadczenia z tytułu szkody, którą poniesie ubezpieczający przez powstanie zobowiązania do naprawienia szkody wyrządzonej osobie trzeciej w wyniku zderzenia się statków.

§ 130.

Zakład ubezpieczeń nie jest obowiązany do świadczenia z tytułu szkody spowodowanej przez ubezpieczającego rozmyślnie lub z niedbalstwa. Zakład ubezpieczeń jest jednak obowiązany do świadczenia z tytułu szkody spowodowanej przez ubezpieczającego wskutek wadliwego prowadzenia statku, chyba że ubezpieczający działał w złej woli.

§ 131.

W ubezpieczeniu ładunku zakład ubezpieczeń nie jest obowiązany do świadczenia z tytułu szkody, spowodowanej rozmyślnie albo z niedbalstwa przez wysyłającego lub odbiorcę, w tym charakterze działających.

Zakład ubezpieczeń również nie jest obowiązany do świadczenia z tytułu szkody spowodowanej przez naturalne właściwości ładunku, jako to przez wewnętrzne psucie się, przez zanik, zwykły wyciek, jak również przez wadliwe opakowanie ładunku albo przez szczury lub myszy; w razie jednak nadzwyczajnego opóźnienia podróży wskutek wypadku, objętego ubezpieczeniem zakładu ubezpieczeń, tenże obowiązany jest w wymienionych przypadkach do świadczenia z tytułu szkody w tym stopniu, w jakim powstała ona wskutek opóźnienia.

§ 132.

W ubezpieczeniu statku zakład ubezpieczeń nie jest obowiązany do świadczenia z tytułu szkody powstałej wskutek tego, że statek wyruszył w podróż w stanie niezdatnym do żeglugi lub nienależycie wyposażony w sprzęt albo załogę.

Odnosi się to również do szkody, której przyczyną jest zwykłe zużycie albo starość, gnicie lub stoczenie statku przez robactwo.

§ 133.

Ubezpieczenie od niebezpieczeństw żeglugi na wodach śródlądowych obejmuje również świadczenia z tytułu awarii wspólnej. Jeżeli na statku znaduje się ładunek należący wyłącznie do właściciela statku, ubezpieczenie obejmuje również świadczenia, które by przypadały z tytułu awarii wspólnej, gdyby ładunek był własnością innej osoby.

Przepisy §§ 835 do 839 kodeksu handlowego mają tu odpowiednie zastosowanie. Dyspasza wystawiona przez właściciela statku obowiązuje zakład ubezpieczeń, jeżeli tenże na takie wystawienie się zgodził.

§ 134.

Ubezpieczenie ładunku obejmuje cały czas trwania ubezpieczonego przewozu.

Ubezpieczenie rozpoczyna się w chwili, w której ładunek został przyjęty przez przewoźnika do przewozu albo do chwilowego przechowania, jeżeli przewóz nie może się odbyć natychmiast. Ubezpieczenie kończy się w chwili, w której ładunek został wydany odbiorcy w miejscu przeznaczenia lub, w razie niemożności wydania, w chwili, w której został zgodnie z obowiązującymi przepisami oddany na skład lub sprzedany.

§ 135.

Ubezpieczenie ładunku od niebezpieczeństw przewozu koleją żelazną obejmuje przewóz do kolei jak również przewóz od kolei do odbiorcy, jeżeli przewóz ten jest uskuteczniany przez administrację kolejową lub na odpowiedzialność tejże.

§ 136.

Jeżeli ładunek został ubezpieczony od niebezpieczeństw przewozu na wodach śródlądowych, zakład ubezpieczeń przejmuje również niebezpieczeństwo z powodu użycia lichtug przy załadowaniu i przy wyładowaniu, jeżeli użycie to jest z reguły stosowane w danej miejscowości.

§ 137.

Zakład ubezpieczeń nie jest obowiązany do świadczenia w razie szkody, jeżeli ubezpieczony ładunek jest przewożony inaczej niż tym statkiem, którym stosownie do umowy ubezpieczenia miał być przewożony.

Jednakże podlega ubezpieczeniu przewóz statkiem innym, niż ten, który został oznaczony w umowie ubezpieczenia, lub drogą lądową, jeżeli taki przewóz odbywa się, po rozpoczęciu się ubezpieczenia, wskutek wypadku objętego ubezpieczeniem. To samo odnosi się do przypadku, gdy po rozpoczęciu się ubezpieczenia zostaje, bez zgody ubezpieczającego, przewóz zmieniony lub podróż statku zaniechana.

W przypadkach wymienionych w ust. 2 ubezpieczeniem objęte są koszty przeładunku, chwilowego składowania jak również dodatkowe koszty dalszego przewozu.

§ 138.

Ubezpieczenie statku, zawarte na podróż, rozpoczyna się w chwili, w której zaczęło się przyjmowanie ładunku lub w razie nieprzyjmowania ładunku w chwili odjazdu. Ubezpieczenie takie kończy się w chwili zakończenia wyładowania w miejscu przeznaczenia lub, w razie niewyładowywania, w chwili przybycia do miejsca przeznaczenia. Jeżeli ubezpieczający przewleka wyładowanie ponad słuszną miarę, ubezpieczenie ustaje z tą chwilą, w której byłoby ukończone wyładowanie w razie nieprzewlekania.

Jeżeli przed zakończeniem wyładowania rozpoczęło się ładowanie do nowej podróży, ubezpieczenie ustaje z chwilą, w której rozpoczęło się przyjmowanie ładunku.

Jeżeli po rozpoczęciu się ubezpieczenia ubezpieczona podróż zostaje zaniechana, zamiast miejsca przeznaczenia bierze się w rachubę, o ile chodzi o koniec ubezpieczenia, tę miejscowość, w której podróż została zaniechana.

§ 139.

Jeżeli statek, ubezpieczony na czas, będzie się znajdował w drodze w chwili upływu umówionego czasu trwania ubezpieczenia, uważa się sto-

sunek ubezpieczenia jako przedłużony do chwili przybycia statku do najbliższego miejsca przeznaczenia, a jeżeli tam ma się odbyć wyładowanie, do chwili, w której w myśl § 138 kończy się ubezpieczenie. Ubezpieczający może wykluczyć to przedłużenie, składając odpowiednie oświadczenie wobec zakładu ubezpieczeń, dopóki statek nie znajduje się jeszcze w drodze.

§ 140.

Za wartość ładunku, podlegającą ubezpieczeniu, uważa się zwykłą wartość handlową lub w braku tejże zwykłą wartość, jaką posiada ładunek w miejscu wysyłki w chwili oznaczającej stosownie do przepisów §§ 134 do 136 początek ubezpieczenia, z doliczeniem kosztów ubezpieczenia jak również kosztów powstałych do chwili przyjęcia ładunku przez przewoźnika.

Ustalona na podstawie ust. 1 wartość ładunku stanowi również wartość podlegającą ubezpieczeniu w chwili wypadku podlegającego ubezpieczeniu.

W razie uszkodzenia ładunku winna być ustalona, przy obliczaniu wysokości szkody, wartość handlowa albo wartość zwykła ładunku w miejscu przeznaczenia: 1) tak w stanie nieuszkodzonym 2) jak i w stanie uszkodzonym; kwotę szkody stanowi część wartości podlegającej ubezpieczeniu odpowiadająca stosunkowi ustalonych w ten sposób wartości pierwszej do wartości drugiej.

§ 141.

Podlegającą ubezpieczeniu wartością statku jest wartość tegoż w chwili rozpoczęcia się ubezpieczenia. Wartość ta stanowi wartość podlegającą ubezpieczeniu także w chwili wypadku podlegającego ubezpieczeniu.

W razie uszkodzenia statku w ten sposób, że tenże może być naprawiony, kwotę szkody stanowią koszty naprawy, obliczone w myśl §§ 709, 710 kodeksu handlowego.

§ 142.

W ubezpieczeniu ładunku zakład ubezpieczeń nie może wypowiedzieć stosunku ubezpieczenia z powodu zwiększenia niebezpieczeństwa, niezależnego od woli ubezpieczającego, lub z powodu zbycia ubezpieczonego ładunku. Ubezpieczający nie ma obowiązku powiadomienia zakładu ubezpieczeń o takim zwiększeniu niebezpieczeństwa lub o zbyciu.

§ 143.

Jeżeli podczas znajdowania się statku w drodze zakład ubezpieczeń wypowiedział stosunek ubezpieczenia z powodu zwiększenia niebezpieczeństwa, które miało miejsce niezależnie od woli ubezpieczającego, lub z powodu zbycia statku, wypowiedzenie staje się skuteczne dopiero po ukończeniu podróży. Jeżeli w tym czasie nastąpił wypadek podlegający ubezpieczeniu, na zobowiązanie zakładu ubezpieczeń nie będzie miała wpływu ta okoliczność, że zakład ubezpieczeń nie został powiadomiony o zwiększeniu niebezpieczeństwa lub o zbyciu.

Jeżeli obowiązek powiadomienia został naruszony przed rozpoczęciem się podróży, przepisy ust. 1 mają zastosowanie tylko wtedy, jeżeli zakładowi

ubezpieczeń było znane przed rozpoczęciem się podróży zwiększenie niebezpieczeństwa lub zbycie.

W razie przymusowej sprzedaży statku mają odpowiednie zastosowanie przepisy o zbyciu.

§ 144.

Koszty wyłożone przez ubezpieczającego, zgodnie z § 62, dla odwrócenia lub zmniejszenia szkody, które ubezpieczający mógł uważać za wskazane, ponosi zakład ubezpieczeń, nawet chociażby łącznie z pozostałym odszkodowaniem przewyższały sumę ubezpieczenia.

W razie wyłożenia kosztów dla odwrócenia lub zmniejszenia albo stwierdzenia i ustalenia szkody, albo też dla przywrócenia do pierwotnego stanu lub dla naprawienia rzeczy, uszkodzonej wypadkiem podlegającym ubezpieczeniu, albo w razie świadczenia z tytułu awarii wspólnej lub powstania osobistego zobowiązania ubezpieczającego do takiego świadczenia, zakład ubezpieczeń jest obowiązany do dalszego świadczenia z tytułu szkody, powstałej wskutek późniejszego wypadku podlegającego ubezpieczeniu, bez względu na poniesione poprzednio koszty i świadczenia z tytułu awarii wspólnej.

§ 145.

Po wypadku podlegającym ubezpieczeniu zakład ubezpieczeń może przez wypłatę sumy ubezpieczenia uwolnić się od wszelkich dalszych zobowiązań. Zakład ubezpieczeń jest jednak obowiązany do zwrotu kosztów wyłożonych dla odwrócenia albo zmniejszenia szkody lub dla przywrócenia do pierwotnego stanu albo dla naprawienia ubezpieczonej rzeczy, jeżeli wyłożenie tych kosztów miało miejsce przed otrzymaniem przez ubezpieczającego zawiadomienia zakładu ubezpieczeń oświadczającego, że przez wypłatę sumy ubezpieczenia chce uzyskać zwolnienie od zobowiązań.

§ 146.

W ubezpieczeniu od niebezpieczeństw żeglugi na wodach śródlądowych ubezpieczający obowiązany jest powiadomić bezzwłocznie zakład ubezpieczeń o każdym wypadku statku lub ładunku, nawet gdyby wypadek nie rodził dla niego żadnego roszczenia o odszkodowanie, jeżeli tylko wypadek wywiera wpływ na niebezpieczeństwo przyjęte przez zakład ubezpieczeń.

§ 147.

W razie gdy ubezpieczona podróż odbywa się częściowo morzem, a częściowo na wodach śródlądowych lub na lądzie, mają zastosowanie przepisy kodeksu handlowego o ubezpieczeniu morskim również do ubezpieczenia podróży na wodach śródlądowych lub na lądzie. Bez zmiany pozostają przepisy § 133 ust. 2 zdanie 2, § 134 ust. 2 i § 135 o dyspaszy przewoźnika, o początku i końcu ubezpieczenia, jak również o objęciu ubezpieczeniem przewozu do kolei i od kolei.

§ 148.

Przepis § 67 ust. 1 zdanie 2 nie ma zastosowania do ubezpieczenia przewozowego.

Rozdział VI.

Ubezpieczenie od odpowiedzialności cywilnej.

§ 149.

W ubezpieczeniu od odpowiedzialności cywilnej zakład ubezpieczeń jest obowiązany zwrócić ubezpieczającemu świadczenie, należne od ubezpieczającego osobie trzeciej z tytułu odpowiedzialności za fakt zaszły podczas trwania ubezpieczenia.

§ 150.

Ubezpieczeniem objęte są sądowe i poza sądowe koszty obrony przed roszczeniem dochodzonym przez osobę trzecią, o ile potrzeba wyłożenia tych kosztów w danych warunkach jest uzasadniona, nawet chociażby roszczenie okazało się nieuzasadnionym.

Zakład ubezpieczeń jest obowiązany na żądanie ubezpieczającego wypłacić zaliczkę na koszty.

W razie umówienia sumy ubezpieczenia zakład ubezpieczeń jest obowiązany do zwrotu kosztów procesu sądowego, prowadzonego w wyniku zajętego przez niego stanowiska, chociażby te koszty łącznie z pozostałym odszkodowaniem przewyższały sumę ubezpieczenia. Odnosi się to również do procentów, do których zapłaty jest obowiązany ubezpieczający wobec osoby trzeciej wskutek wynikłej ze stanowiska zakładu ubezpieczeń zwłoki w zaspokojeniu jej pretensji.

Jeżeli ubezpieczający ma możność wstrzymania wykonania wyroku sądowego przez złożenie zabezpieczenia lub wpłatę do depozytu, zakład ubezpieczeń jest obowiązany na żądanie ubezpieczającego do złożenia zabezpieczenia lub dokonania wpłaty do depozytu. Zobowiązanie to nie dotyczy kwoty przewyższającej sumę ubezpieczenia; jeżeli zakład ubezpieczeń jest obowiązany do świadczenia wyższej kwoty w myśl ust. 2, suma ubezpieczenia ulega podwyższeniu. Zakład ubezpieczeń jest wolny od tego zobowiązania, jeżeli uznaje roszczenie osoby trzeciej do ubezpieczającego za uzasadnione.

§ 151.

Zawarte przez ubezpieczającego ubezpieczenie od odpowiedzialności cywilnej z tytułu prowadzenia przedsiębiorstwa obejmuje odpowiedzialność cywilną zastępców ubezpieczającego w przedsiębiorstwie jak również osób zatrudnionych przez ubezpieczającego na stanowiskach kierowniczych lub nadzorujących w przedsiębiorstwie albo w oddziale przedsiębiorstwa. W przypadkach tych ubezpieczenie traktuje się jako ubezpieczenie na rachunek cudzy.

Jeżeli w przypadku określonym ust. 1 przedsiębiorstwo zostanie zbyte lub przejęte przez osobę trzecią na podstawie prawa użytkowania, dzierżawy albo innego podobnego tytułu, osoba trzecia wstępuje w miejsce ubezpieczającego w prawa i obowiązki, wynikające ze stosunku ubezpieczenia w czasie trwania uprawnień tej osoby trzeciej do przedsiębiorstwa. W przypadku tym mają odpowiednie zastosowanie przepisy § 69 ust. 2 i 3 i §§ 70, 71.

§ 152.

Zakład ubezpieczeń jest wolny od obowiązku świadczenia, jeżeli ubezpieczający spowodował rozmyślnie, z naruszeniem obowiązującego prawa, fakt, z tytułu którego powstaje jego odpowiedzialność wobec osoby trzeciej.

§ 153.

Obowiązek powiadomienia o wypadku podlegającym ubezpieczeniu zostaje spełniony, jeżeli powiadomienie ma miejsce w ciągu tygodnia. Termin ten rozpoczyna się w chwili, w której osoba trzecia wystąpiła z roszczeniem do ubezpieczającego. Przez wysłanie powiadomienia w terminie, termin ten zostaje dotrzymany. Ubezpieczający obowiązany jest, w razie otrzymania wezwania do stawienia się na rozprawę sądową w przedmiocie roszczenia, do bezzwłocznego powiadomienia zakładu ubezpieczeń natychmiast po otrzymaniu wezwania, bez względu na to, że termin do powiadomienia jeszcze nie upływa.

Zakład ubezpieczeń nie może zużytkować zastrzeżenia umowy określającego odmiennie na niekorzyść ubezpieczającego ten termin i jego obliczenie.

§ 154.

Zakład ubezpieczeń obowiązany jest zapłacić odszkodowanie w ciągu dwu tygodni od chwili, w której ubezpieczający zaspokoił osobę trzecią, lub w której roszczenie osoby trzeciej zostało stwierdzone prawomocnym wyrokiem, przyznaniem lub ugodą. Jeżeli w myśl § 150 podlegają zwrotowi koszty, odszkodowanie jest płatne w ciągu dwu tygodni od podania obliczenia kosztów.

W razie umówienia się, że zakład ubezpieczeń będzie wolny od obowiązku świadczenia, jeżeli bez jego zgody ubezpieczający zaspokoi osobę trzecią lub uzna jej roszczenie, zakład ubezpieczeń nie może korzystać z takiego zastrzeżenia w przypadku, gdy w danych warunkach ubezpieczający nie mógł odmówić zaspokojenia lub przyznania roszczenia z tego powodu, że odmowa taka byłaby oczywiście sprzeczna z zasadami słuszności.

§ 155.

Ubezpieczający, który jest obowiązany do przyznania osobie trzeciej renty, może żądać tylko odpowiedniej części renty, jeżeli suma ubezpieczenia jest niższa od skapitalizowanej wartości renty.

Jeżeli ubezpieczający z mocy ustawy jest obowiązany do złożenia zabezpieczenia dla dłużnej przez niego renty, zobowiązanie zakładu ubezpieczeń obejmuje również obowiązek złożenia zabezpieczenia.

§ 156.

Zakład ubezpieczeń może zapłacić osobie trzeciej odszkodowanie przysługujące ubezpieczonemu w wysokości, odpowiadającej wysokości zobowiązania ubezpieczającego. Zakład ubezpieczeń winien zawiadomić ubezpieczającego o zapłacie do rąk osoby trzeciej przed dokonaniem zapłaty. Na żądanie ubezpieczającego zakład ubezpieczeń jest obowiązany dokonać zapłaty do rąk osoby trzeciej.

§ 157.

W razie upadłości ubezpieczającego osoba trzecia może żądać odrębnego zaspokojenia roszczenia, przysługującego jej do ubezpieczającego, z wierzytelności tegoż do zakładu ubezpieczeń z tytułu danego odszkodowania.

§ 158.

Jeżeli po wypadku podlegającym ubezpieczeniu zakład ubezpieczeń uznał względem ubezpieczającego swoje zobowiązanie do świadczenia danego odszkodowania lub odmówił świadczenia płatnego odszkodowania, każda strona ma prawo wypowiedzieć stosunek ubezpieczenia. To samo odnosi się do przypadku, gdy zakład ubezpieczeń udziela ubezpieczającemu wskazówki, zalecającej dopuszczenie do procesu w przedmiocie roszczenia osoby trzeciej.

Wypowiedzenie może być dokonane tylko w ciągu miesiąca od uznania obowiązku świadczenia lub odmowy świadczenia albo od prawomocności wyroku zapadłego w procesie z osobą trzecią. Zakład ubezpieczeń obowiązuje jednomiesięczny termin wypowiedzenia. Ubezpieczający może wypowiedzieć na termin nie późniejszy, niż koniec bieżącego okresu ubezpieczenia.

Jeżeli wypowiada ubezpieczający, zakładowi ubezpieczeń należy się składka za bieżący okres ubezpieczenia. Jeżeli wypowiada zakład ubezpieczeń, to należy mu się tylko ta część składki, która przypada na faktyczny czas trwania ubezpieczenia.

CZĘŚĆ TRZECIA.

UBEZPIECZENIE ŻYCIOWE.

§ 159.

Ubezpieczenie życiowe może być zawarte na życie ubezpieczającego lub osoby innej.

O ile chodzi o ubezpieczenie na wypadek śmierci osoby innej, do ważności umowy konieczne jest pisemne zezwolenie tej osoby. Jeżeli osoba ta nie posiada zdolności do działania lub posiada ograniczoną zdolność do działania, a do zastępstwa w sprawach ją dotyczących jest uprawniony ubezpieczający, to ubezpieczający nie może zastąpić tej osoby, o ile chodzi o udzielenie zgody.

Jeżeli ojciec lub matka zawierają ubezpieczenie na życie małoletniego dziecka, niezbędną jest zgoda tegoż tylko w tym przypadku, gdy umowa przewiduje zobowiązanie zakładu ubezpieczeń do świadczenia sumy wyższej, niż normalne koszty pogrzebu, także w razie śmierci dziecka przed ukończeniem siódmego roku życia. Jeżeli władza nadzorcza nad zakładami ubezpieczeń ustaliła dla takich ubezpieczeń określoną sumę maksymalną, to ta określona suma maksymalna jest obowiązująca zamiast normalnych kosztów pogrzebu.

§ 160.

Umowa zastrzegająca, że osoba, na której życie ma być zawarte ubezpieczenie, winna uprzednio poddać się badaniu lekarskiemu, nie daje zakładowi ubezpieczeń prawa żądania dokonania badania lekarskiego.

§ 161.

W ubezpieczeniu zawartym na życie osoby innej, niż osoba ubezpieczającego, może być umówione, że posiadanie wiadomości przez tę inną osobę i zachowanie się tejże ma równe znaczenie z posiadaniem wiadomości przez ubezpieczającego i zachowaniem się tegoż, o ile chodzi o prawo zakładu ubezpieczeń do odstąpienia od umowy z powodu naruszenia ciążącego na ubezpieczającym obowiązku powiadomienia przy zawieraniu umowy ubezpieczenia.

§ 162.

Jeżeli został podany nieprawdziwie wiek tej osoby, na życie której ma być zawarte ubezpieczenie, i jeżeli wskutek tego została zastosowana za niska składka, to świadczenie zakładu ubezpieczeń ulega zmniejszeniu w tym stosunku, w jakim znajduje się składka odpowiadająca rzeczywistemu wiekowi do składki umówionej. Zakładowi przysługuje prawo odstąpienia od umowy z powodu naruszenia obowiązku powiadomienia tylko wówczas, gdy rzeczywisty wiek nie mieści się w granicach, ustalonych planem działalności dla zawieranych ubezpieczeń.

§ 163.

Zakład ubezpieczeń nie może odstąpić od umowy z powodu naruszenia ciążącego na ubezpieczającym obowiązku powiadomienia przy zawieraniu umowy, jeżeli od zawarcia umowy upłynęło dziesięć lat. Prawo do odstąpienia nie gaśnie, jeżeli naruszenie zostało dokonane podstępnie.

§ 164.

Za zwiększenie niebezpieczeństwa uważa się tylko taką zmianę niebezpieczeństwa, która stosownie do wyraźnego postanowienia umowy ma być uważana za zwiększenie niebezpieczeństwa; dla dotyczącego oświadczenia ubezpieczającego niezbędną jest forma pisemna.

Zakład ubezpieczeń nie może czynić użytku ze zwiększenia niebezpieczeństwa, jeżeli od chwili tego zwiększenia upłynęło dziesięć lat. Zakład ubezpieczeń jest uprawniony do czynienia tego użytku, jeżeli został naruszony podstępnie obowiązek powiadomienia go lub uzyskania jego zgody.

§ 165.

Jeżeli mają być uiszczane składki bieżące, ubezpieczający może w każdej chwili wypowiedzieć stosunek ubezpieczenia na koniec bieżącego okresu ubezpieczenia.

Jeżeli zostało zawarte ubezpieczenie sumy pieniężnej na wypadek śmierci w ten sposób, że jest rzeczą pewną, że zakład ubezpieczeń będzie obowiązany do zapłaty umówionej sumy pieniężnej, to prawo wypowiedzenia przysługuje ubezpieczającemu także w razie składki polegającej na jednorazowej zapłacie.

§ 166.

W ubezpieczeniu sumy pieniężnej należy w razie wątpliwości przyjąć, że dla ubezpieczającego zostało zastrzeżone prawo ustanowienia, bez zgody zakładu ubezpieczeń, osoby trzeciej jako uposażonej, jak również prawo zmiany osoby uposażonej. W razie wątpliwości należy uznać prawo

ubezpieczającego do zmiany osoby uposażonej nawet wówczas, gdy uposażony został oznaczony w umowie.

§ 167.

Jeżeli w ubezpieczeniu sumy pieniężnej zakład ubezpieczeń jest obowiązany wykonać świadczenie po śmierci ubezpieczającego i jeżeli zapłata ma nastąpić do rąk spadkobierców bliżej nieokreślonych, to w razie wątpliwości te osoby, które w chwili śmierci mają prawo dziedziczenia, mają prawo do świadczenia zakładu ubezpieczeń, w stosunku do udziałów w spadku. Na prawo to nie ma wpływu zrzeczenie się spadku.

Jeżeli spadkobiercą jest Skarb Państwa, to temuż nie przysługuje prawo przewidziane w ust. 1 zdanie 1.

§ 168.

Jeżeli w ubezpieczeniu sumy pieniężnej osoba trzecia jako uposażona nie nabędzie prawa do świadczenia zakładu ubezpieczeń, prawo to przypada ubezpieczającemu.

§ 169.

W ubezpieczeniu na wypadek śmierci zakład ubezpieczeń jest wolny od obowiązku świadczenia, jeżeli ta osoba, na życie której zostało zawarte ubezpieczenie, popełniła samobójstwo. Zobowiązanie zakładu ubezpieczeń pozostaje w mocy, jeżeli samobójstwo zostało popełnione w stanie chorobowego zaburzenia władz umysłowych, wykluczającym wolność woli przy pobieraniu decyzji.

§ 170.

W ubezpieczeniu zawartym na wypadek śmierci osoby innej, niż osoba ubezpieczającego, zakład ubezpieczeń jest wolny od obowiązku świadczenia, jeżeli ubezpieczający rozmyślnie, czynem prawnie niedozwolonym, spowodował śmierć tej innej osoby.

W razie ustanowienia osoby trzeciej jako uposażonej w ubezpieczeniu na wypadek śmierci, uważa się to ustanowienie jako niebyłe, jeżeli ta uposażona osoba trzecia spowodowała rozmyślne, czynem prawnie niedozwolonym, śmierć osoby, na wypadek śmierci której zostało zawarte ubezpieczenie.

§ 171.

Zakład ubezpieczeń winien być powiadomiony o wypadku podlegającym ubezpieczeniu tylko wtedy, gdy jako wypadek podlegający ubezpieczeniu została określona śmierć. Obowiązek powiadomienia zostaje spełniony, jeżeli powiadomienie ma miejsce w ciągu trzech dni od chwili wypadku podlegającego ubezpieczeniu; przez wysłanie powiadomienia w terminie, termin ten zostaje dotrzymany.

Jeżeli prawo do świadczenia zakładu ubezpieczeń przysługuje osobie innej, niż osoba ubezpieczającego, obowiązek powiadomienia ciąży na tej innej osobie; to samo odnosi się do obowiązku udzielenia wyjaśnień i dostarczenia potrzebnych danych.

§ 172.

Zakład ubezpieczeń nie może zużytkować zastrzeżenia umowy odbiegającego na niekorzyść ubezpieczającego od przepisów §§ 162 do 165, 169

albo § 171 ust. 1 zdanie 2. Jednakże może być zastrzeżona forma pisemna dla ważności wypowiedzenia, do którego jest uprawniony ubezpieczający w myśl § 165.

§ 173.

Jeżeli stosunek ubezpieczenia trwał co najmniej trzy lata i jeżeli za ten czas została opłacona składka, to obowiązują przepisy szczególne §§ 174 do 176.

§ 174.

Ubezpieczający może żądać w każdej chwili przemiany ubezpieczenia na koniec bieżącego okresu ubezpieczenia na ubezpieczenie bezskładkowe.

W razie żądania przemiany wstępuje w wymienionym terminie na miejsce umówionej sumy pieniężnej albo renty suma, stanowiąca świadczenie zakładu ubezpieczeń dla wieku tej osoby, na której życie zostało zawarte ubezpieczenie, przyjąwszy, że przypadająca na to ubezpieczenie rezerwa składki będzie uważana za składkę jednorazową.

Rezerwa składki winna być obliczona na koniec bieżącego okresu ubezpieczenia, po potrąceniu zaległości z tytułu składki.

Zakład ubezpieczeń jest uprawniony do potrącenia stosownej kwoty z rezerwy składki. Jeżeli ogólne warunki ubezpieczenia przewidują kwotę potrącenia, zatwierdzoną przez władzę nadzorczą, uważa się tę kwotę za stosowną.

§ 175.

Jeżeli stosunek ubezpieczenia zostaje wypowiedziany przez zakład ubezpieczeń stosownie do § 39, to ubezpieczenie przemienia się od terminu wypowiedzenia na ubezpieczenie bezskładkowe. Do tej przemiany mają zastosowanie przepisy § 174 ust. 2 do 4.

W przypadku przewidzianym w § 39 ust. 1 zdanie 2 zakład ubezpieczeń jest obowiązany do takiego świadczenia, do jakiego byłby obowiązany, gdyby w chwili wypadku podlegającego ubezpieczeniu ubezpieczenie zostało przemienione na ubezpieczenie bezskładkowe.

Przepisane w § 39 wyznaczenie terminu do zapłaty musi zawierać wzmiankę o przewidzianej przemianie ubezpieczenia.

§ 176.

W razie rozwiązania, przez odstąpienie lub wypowiedzenie, ubezpieczenia, zawartego na wypadek śmierci w ten sposób, że jest rzeczą pewną, że zakład ubezpieczeń będzie obowiązany do zapłaty umówionej sumy pieniężnej, zakład ubezpieczeń jest obowiązany do zwrotu rezerwy składki przypadającej na ubezpieczenie.

To samo odnosi się do ubezpieczenia, rodzaju określonego w ust. 1, także w przypadku, gdy zakład ubezpieczeń jest wolny od obowiązku zapłaty umówionej sumy pieniężnej po wypadku podlegającym ubezpieczeniu. Jednakże w przypadku § 170 ust. 1 zakład ubezpieczeń jest wolny od obowiązku zwrotu rezerwy składki.

Dla ustalenia kwoty, przypadającej do zwrotu, winna być obliczona rezerwa składki na koniec tego okresu ubezpieczenia, podczas którego kończy się stosunek ubezpieczenia.

Zakład ubezpieczeń jest uprawniony do potrącenia stosownej kwoty z rezerwy składki. Jeżeli ogólne warunki ubezpieczenia przewidują kwotę

potrącenia, zatwierdzoną przez władzę nadzorczą, uważa się tę kwotę za stosowną.

§ 177.

Jeżeli chodzi o ubezpieczenie, rodzaju określonego w § 176 ust. 1, z zapłaconą jednorazową składką, to przepisy § 176 obowiązują także wtedy, gdy stosunek ubezpieczenia trwał krócej niż trzy lata.

§ 178.

Zakład ubezpieczeń nie może zużytkować zastrzeżenia umowy, odbiegającego na niekorzyść ubezpieczającego od przepisów §§ 173 do 177. W ogólnych warunkach ubezpieczenia może być jednak przewidziany, po zatwierdzeniu przez władzę nadzorczą, inny niż przepisany w §§ 174 do 175 sposób przemiany na ubezpieczenie bezskładkowe jak również inne, niż przepisane w § 176, obliczenie kwoty przypadającej do zwrotu.

CZĘŚĆ CZWARTA.

UBEZPIECZENIE OD NIESZCZĘŚLIWYCH WYPADKÓW.

§ 179.

Ubezpieczenie od nieszczęśliwych wypadków może być zawarte od wypadków, którym ulegnie ubezpieczający, albo od wypadków, którym ulegnie osoba inna.

W razie wątpliwości uważa się ubezpieczenie od nieszczęśliwych wypadków, którym ulegnie osoba inna, jako ubezpieczenie zawarte na rachunek tej innej osoby. Przepisy §§ 75 do 79 mają odpowiednie zastosowanie.

Jeżeli ubezpieczenie od nieszczęśliwych wypadków, którym ulegnie osoba inna, zostało zawarte przez ubezpieczającego na własny rachunek, to do ważności umowy niezbędne jest pisemne zezwolenie tej innej osoby. Jeżeli ta osoba nie posiada zdolności do działań prawnych lub posiada ograniczoną zdolność do działań prawnych, a zastępstwo w sprawach ją dotyczących przysługuje ubezpieczającemu, to tenże nie może jej zastąpić przy udzieleniu zezwolenia.

W przypadku określonym w ust. 3 może być umówione, że o ile chodzi o prawo zakładu ubezpieczeń do odstąpienia od umowy z powodu naruszenia ciążącego na ubezpieczającym obowiązku powiadomienia przy zawieraniu umowy, to posiadanie wiadomości przez tę inną osobę i zachowanie się tej innej osoby są równoznaczne z posiadaniem wiadomości przez ubezpieczającego albo z zachowaniem się ubezpieczającego.

§ 180.

Jeżeli jako świadczenie zakładu ubezpieczeń została umówiona zapłata sumy pieniężnej, to w przypadku tym mają zastosowanie przepisy §§ 166 do 168.

§ 181.

Zakład ubezpieczeń jest wolny od obowiązku świadczenia, jeżeli osoba dotknięta nieszczęśliwym wypadkiem, wypadek ten rozmyślnie spowodo-

wała. To samo ma miejsce, gdy w przypadku z § 179 ust. 3 ubezpieczający spowodował wypadek rozmyślnie czynem prawnie niedozwolonym.

Jeżeli osoba trzecia została ustanowiona jako uposażona, ustanowienie to uważa się za niebyłe, jeżeli ta osoba trzecia spowodowała wypadek rozmyślnie czynem prawnie niedozwolonym.

§ 182.

Jeżeli prawo do świadczenia przysługuje osobie trzeciej jako uposażonej, to na osobie tej spoczywa obowiązek powiadomienia o wypadku podlegającym ubezpieczeniu; to samo odnosi się do obowiązku udzielenia wyjaśnień i dostarczenia potrzebnych danych.

§ 183.

Ubezpieczający jest obowiązany w miarę możności do przedsięwzięcia kroków dla uchylenia i złagodzenia skutków nieszczęśliwego wypadku oraz do stosowania się przy tym do wskazówek zakładu ubezpieczeń, o ile nie będzie wymagana rzecz sprzeczna z dobrymi obyczajami. Zakład ubezpieczeń nie może zużytkować zastrzeżenia umowy, odbiegającego na niekorzyść ubezpieczającego od niniejszego przepisu.

§ 184.

Przewidziane umową ustalenie przez biegłych rzeczoznawców poszczególnych podstaw roszczenia z ubezpieczenia lub stopnia spowodowanej przez wypadek utraty zdolności zarobkowej nie może obowiązywać, jeżeli odbiega znacznie i w sposób widoczny od rzeczywistego stanu rzeczy. W przypadku tym ustalenie następuje w drodze wyroku sądowego, co ma miejsce również wtedy, gdy biegli rzeczoznawcy nie mogą lub nie chcą wydać ustalenia lub z wydaniem tegoż zwlekają.

Jeżeli umowa przewiduje ustanowienie rzeczoznawców przez sąd, do ustanowienia tego mają odpowiednie zastosowanie przepisy § 64 ust. 2.

Nieważnym jest zastrzeżenie umowy odbiegające od przepisu ust. 1 zdanie 1.

§ 185.

Koszty związane z dochodzeniami dla stwierdzenia faktu nieszczęśliwego wypadku jak również z ustaleniem wysokości świadczenia zakładu ubezpieczeń tenże obowiązany jest zwrócić ubezpieczającemu o tyle, o ile ich poniesienie było w danych warunkach wskazane.

CZĘŚĆ PIĄTA.

PRZEPISY KOŃCOWE.

§ 186.

Przepisy niniejszej ustawy nie mają zastosowania do ubezpieczeń morskich i do reasekuracji.

§ 187.

Przewidziane niniejszą ustawą ograniczenia swobody umawiania się nie odnoszą się do ubezpieczeń przewozowych „cargo" (towarów, rzeczy

przewożonych), do ubezpieczeń kredytu, do ubezpieczeń od straty kursowej i do ubezpieczeń od bezrobocia.

Ograniczenia te również nie odnoszą się do ubezpieczenia szkodowego zawartego w ten sposób, że przy zawarciu umowy ubezpieczone interesy majątkowe zostały tylko oznaczone według rodzajów, do których należą, i że te interesy, dopiero po ich powstaniu, są wykazywane zakładowi ubezpieczeń szczegółowo (ubezpieczenie bieżące).

§ 188.

Rozporządzenie cesarskie wydane za zgodą Rady Związkowej może postanowić, że przewidziane niniejszą ustawą ograniczenia swobody umawiania się nie odnoszą się w całości lub w części również do działów ubezpieczeń nie unormowanych szczegółowo w części drugiej, trzeciej i czwartej, nawet gdy nie podpadają pod § 187 jak również do ubezpieczeń statków od niebezpieczeństw żeglugi na wodach śródlądowych.

§ 189.

Przepisy §§ 38, 39, 42 dotyczące zwłoki w zapłacie składki i przepisy §§ 173 do 178 dotyczące przyznania ubezpieczenia bezskładkowego i zwrotu rezerwy składki nie mają zastosowania, pod warunkiem zgody władzy nadzorczej na odmienne uregulowanie w ogólnych warunkach ubezpieczenia:

1) do ubezpieczeń zawartych w towarzystwach wzajemnych ubezpieczeń, które zostały uznane za małe w myśl § 53 ustawy z dnia 12.V.1901 o prywatnych zakładach ubezpieczeń (Dz. ust. Rz. str. 139);

2) do ubezpieczeń zasiłków pogrzebowych, ubezpieczeń ludowych, jak również do innych rodzajów ubezpieczeń życiowych o drobnych sumach.

Jeżeli do ubezpieczeń o drobnych sumach zostało zastosowane w myśl ust. 1 liczba 2 odmienne uregulowanie za zgodą władzy nadzorczej, to zaczepienie ważności tychże nie może się opierać na tej zasadzie, że dane ubezpieczenia nie mogą być uważane za ubezpieczenia o drobnych sumach.

§ 190.

Przepisy niniejszej ustawy nie mają zastosowania do stosunków ubezpieczenia z kas zapomogowych, założonych na podstawie ordynacji przemysłowej przez cechy lub związki cechów. To samo odnosi się do stosunków ubezpieczenia z przynależności do związków zawodowych w myśl § 23 ustawy z 30.VI.1900, dotyczącej zmiany ustaw o ubezpieczeniu od wypadków (Dz. ust. Rz. str. 335).

§ 191.

Pozostają w mocy przepisy poszczególnych krajów o stosunkach ubezpieczenia z kas pomocowych z § 75 ust. 4 ustawy o ubezpieczeniu na wypadek choroby, założonych na podstawie przepisów prawa krajów, jak również z bractw, założonych na podstawie przepisów prawa górniczego.

§ 192.

Pozostają również w mocy przepisy prawne poszczególnych krajów o stosunkach ubezpieczenia, które powstają bezpośrednio z mocy ustawy w zakładzie publicznym, założonym na podstawie prawa danego kraju,

jak również o ubezpieczeniach w takim zakładzie, wynikających z ustawowego przymusu.

Przewidziane w niniejszej ustawie ograniczenie swobody umawiania się, jak również przepisy o ajentach ubezpieczeniowych, nie mają zastosowania do wszystkich innych ubezpieczeń zawartych w publicznym zakładzie, założonym na podstawie prawa krajowego.

W myśl niniejszej ustawy uważa się również za zakład publiczny takie przedsiębiorstwo, które jest uznane za publiczny zakład przez urząd nadzoru państwowego nad ubezpieczeniami prywatnymi albo przez władzę krajową właściwą stosownie do §§ 2, 3 ustawy z dnia 12.V.1901 o prywatnych zakładach ubezpieczeń (Dz. ust. Rz. str. 139) zgodnie z § 119 tej ustawy.

§ 193.

Pozostają w mocy przepisy prawa krajowego postanawiające, że zakład ubezpieczeń jest obowiązany do zapłaty odszkodowania tylko dla przywrócenia do pierwotnego stanu ubezpieczonego przedmiotu.

Ustawy krajowe mogą przepisać sposób zabezpieczenia przeznaczenia gotówki w przypadku przewidzianym w § 97.

§ 194.

W sporach prawno - cywilnych, w których przedmiotem skargi lub skargi wzajemnej jest roszczenie ze stosunku ubezpieczenia, podlegającego przepisom niniejszej ustawy, rozprawa i rozstrzygnięcie w ostatniej instancji w myśl § 8 ustawy wprowadzającej do ustawy o ustroju sądownictwa, będą przekazane Sądowi Rzeszy.

KRONIKA

UBEZPIECZENIA NA ŻYCIE W NIEMCZECH

Niemcy należą do krajów o najlepiej rozwiniętym aparacie ubezpieczeń życiowych:

w RM.

Bez uwzględnienia dewaluacji walut		Z uwzględnieniem dewaluacji walut	
Kraje	Suma ubezp. na głowę lud.	Kraje	Suma ubezp. na głowę lud.
Stany Zjednoczone A. P.	3.341	Stany Zjednoczone A. P.	2.149
Kanada	2.529	Kanada	1.626
Nowa Zelandia	1.466	Anglia	866
Anglia	1.288	Nowa Zelandia	786
Australia	1.125	Szwajcaria	785
Szwecja	813	Australia	603
Szwajcaria	785	Holandia	583
Norwegia	678	Szwecja	512
Dania	597	Norwegia	426
Holandia	583	Dania	325
Południowa Afryka	397	Niemcy	278
Japonia	370	Południ. Afryka	269
Francja	344	Francja	344
Niemcy	278	Finlandia	154
Finlandia	268	Japonia	146
Austria	173	Austria	141
Czechosłowacja	124	Czechosłowacja	124
Włochy	83	Włochy	83
Węgry	50	Węgry	50

Jak wynika z powyższej tabelki, na pierwsze miejsce pod względem przeciętnej sumy na głowę ludności wysuwają się Stany Zjednoczone; należy przy tym zaznaczyć, że Stany Zjednoczone posiadają około $^3/_5$ światowego stanu ubezpieczeń na życie. Na drugim miejscu znajduje się Kanada, na trzecim — Anglia. Nadspodziewanie wysoko rozwinięte są ubezpieczenia na życie w Australii i Nowej Zelandii. Spośród krajów europejskich na pierwsze miejsce wysuwa się Szwajcaria, kraje północne i Niemcy.

Pod względem sumy ubezpieczenia Niemcy, ze swoimi 5% stanu światowego, stoją na czwartym miejscu po Stanach Zjednoczonych (61% stanu światowego), Anglii (12%), Kanadzie (przeszło 5%).

Według danych opracowanych przez Niemiecki Instytut Badania Koniuktur [1]) wartość ubezpieczeń życiowych w Niemczech wynosiła na koniec 1936 r. 23,3 milrd. RM., co stanowi ok. 38% dochodu społecznego Niemiec. Suma ta przypada na 30,7 miln. ubezpieczonych. Przeciętna zatem suma ubezpieczenia na głowę lud-

---

1) Sonderhefte des Instituts für Konjunkturforschung, Nr. 43 r. 1937.

ności wynosi około 350 RM., przeciętna zaś na jednego ubezpieczonego wynosi ok. 745 RM.; ogólnie wypada, że prawie każdy obywatel niemiecki w wieku ponad 30 lat jest ubezpieczony na życie.

Pod względem charakteru ubezpieczeń na życie znaczną ich część stanowią ubezpieczenia mieszane, które są szczególniej intensywnie lansowane wśród szerokich warstw społeczeństwa niemieckiego. Z ogólnej liczby 30,7 miln. ubezpieczonych na ubezpieczenia indywidualne przypada 23,3 miln. ubezpieczeń na sumę 19,4 milrd. RM., na ubezpieczenia grupowe— 7,4 miln. ubezpieczeń na sumę 3,4 milrd. RM. Spośród ogólnej liczby ubezpieczeń indywidualnych ok. $^{4}/_{5}$ przypada na drobne ubezpieczenia, t. j. takie, których sumy nie przekraczają 2.000 RM. Natomiast z ogólnej sumy ubezpieczeń indywidualnych $^{7}/_{10}$ przypada na ubezpieczenia na wyższe sumy, a na drobne ubezpieczenia — tylko $^{3}/_{10}$. Zbiór składek wynosił w r. 1936 ok. 940 miln. RM.

Znaczna część ubezpieczeń na życie znajduje się w rękach ok. 100 przedsiębiorstw ubezpieczeniowych prywatnych, prowadzonych w formie spółek akcyjnych i towarzystw ubezpieczeń wzajemnych. Ponadto istnieje ok. 19 towarzystw ubezpieczeniowych o charakterze publicznym oraz 6 towarzystw zagranicznych. Dużą rolę w przemyśle ubezpieczeniowym odgrywają wielkie przedsiębiorstwa; około $^{2}/_{3}$ stanu ubezpieczeń z r. 1935 przypada na 13 wielkich towarzystw prywatnych ze stanem ubezpieczeń ok. ½ milrd. RM. na jedno towarzystwo. Przedsiębiorstwa prowadzone w formie spółek akcyjnych są w większości wypadków skoncernowane. Fundusze ubezpieczeń wynosiły w r. 1936 5,2 milrd. RM., z czego 2,6 milrd. RM. ulokowane zostało w pożyczkach hipotecznych, głównie na hipoteki miejskie. Przeszło ¼ ogólnej sumy lokat przypada na portfel papierów wartościowych o stałym oprocentowaniu, około 465 miln. RM. ulokowane zostało w formie pożyczek dla Związków prawno-publicznych. W pożyczkach pod zastaw własnych polis ulokowano 445 miln. RM. Lokaty w nieruchomościach wynosiły 335 miln. RM.

Patrząc na rozwój ubezpieczeń na życie w Niemczech na dłuższej przestrzeni czasu, widzimy szereg charakterystycznych cech tego rozwoju. Przede wszystkim zauważyć należy, że ubezpieczenia na życie w Niemczech, zawierane przed wojną, miały przeważnie charakter ubezpieczeń zawieranych na wypadek śmierci. Dopiero od r. 1880, w związku z pomyślnym rozwojem życia gospodarczego, daje się zaobserwować pewna przemiana charakteru ubezpieczeń na życie w tym kierunku, że ubezpieczenia zawierane były przeważnie w formie ubezpieczeń mieszanych, które, poza troską o zaopatrzenie rodziny po śmierci ubezpieczonego, łączą w sobie troskę o byt ubezpieczonego po osiągnięciu wieku starczego; ubezpieczenie tego typu zaczyna od tego czasu wysuwać się coraz widoczniej na czoło. Z cyfr ilustrujących rozwój ubezpieczeń na życie daje się zaobserwować, że do rozpoczęcia wojny przeciętna suma ubezpieczenia na życie wykazuje stale wzrost, natomiast po wojnie oraz stabilizacji waluty przeciętna suma ubezpieczenia maleje, co stoi w ścisłym związku z szczególnie silnym rozpowszechnieniem drobniejszych ubezpieczeń na życie.

Od r. 1909, w związku z intensywną ekspansją gospodarczą Niemiec na zewnątrz, zwłaszcza w zakresie handlu zagranicznego, kapitały zagraniczne ubezpieczone w towarzystwach niemieckich były znacznie wyższe aniżeli kapitały niemieckie ubezpieczone w towarzystwach zagranicznych, pracujących na terenie państwa niemieckiego. Po wojnie sytuacja się zmienia na niekorzyść towarzystw niemieckich; towarzystwa bowiem zagraniczne utrzymują nadal wysoki udział na terenie niemieckim, natomiast interes zagraniczny niemieckich towarzystw ubezpieczeniowych uległ w tym okresie wydatnemu skurczeniu.

Również w polityce lokacyjnej dają się zauważyć gruntowne przemiany. O ile przed wojną więcej niż $^{4}/_{5}$ rezerw towarzystw ubezpieczeniowych na życie ulo-

kowane były w pożyczkach hipotecznych, od r. 1924 daje się zauważyć wyraźne skurczenie udziału pożyczek hipotecznych w ogólnej sumie lokat. Od r. 1933 udział ubezpieczeń na życie w operacjach finansowych skarbu państwa, zwłaszcza w zakresie finansowania czteroletniego planu gospodarczego, odzwierciedlił się w zwiększeniu portlefu papierów wartościowych, ze szkodą oczywiście pożyczek hipotecznych.

Ogólnie można powiedzieć, że osiągnąwszy najsilniejszy rozwój w okresie od 1880 do 1890 r., ubezpieczenia na życie uległy w następnych latach w mniejszym lub większym stopniu wahaniom, zależnie od ogólnego przebiegu rozwoju życia gospodarczego. W okresie kryzysu ma miejsce zmniejszenie ilości nowych umów ubezpieczenia na życie, zwiększenie wypadków przedwczesnego zaniechania ubezpieczenia na życie (śmierć na skutek samobójstw, redukcja ubezpieczeń, wykup), a w konsekwencji zwolnienie tempa przyrostu portfelu lokat. Przeciwnie w okresach ożywienia gospodarczego ma miejsce przyrost nowych ubezpieczeń, storno maleje, portfel lokat pęcznieje. Wpływ koniunktury na wahania portfelu ubezpieczeń znajduje swoje odbicie w budżecie dochodów i wydatków towarzystw ubezpieczeniowych. W okresie depresji widzimy zatem silne skurczenie portfelu ubezpieczeń i słabszy przyrost dochodów z tytułu składek. W okresie dobrej koniunktury sytuacja się odmienia. Sytuacja gospodarcza wpływa nie tylko na rynek wewnętrzny, lecz również zagraniczny. Wpływy towarzystw niemieckich na terenie zagranicznym ucierpiały poważnie na skutek kryzysu. Działalność inwestycyjna była uzależniona w dużym stopniu od wahań koniunkturalnych. Przed wojną pomyślny rozwój przemysłu budowlanego wywarł silny wpływ na linię polityki lokacyjnej towarzystw ubezpieczeniowych.

W latach 1931—1932 ubezpieczenia na życie przeżywały w Niemczech krytyczny okres. Zmniejszenie nowego interesu i zwiększenie storn wpłynęły na to, że dochody z tytułu składek i fundusze ubezpieczeń na życie skurczyły się prawie o 10%. Działalność lokacyjna uległa w związku z tym poważnemu zahamowaniu. Pożyczki pod zastaw wzrosły do poważnych rozmiarów. Z rokiem 1933 daje się zaobserwować widoczna poprawa na rynku ubezpieczeń na życie. Szkody wyrządzone w okresie kryzysu zostały prawie zupełnie odrobione, a fundusze ubezpieczeń osiągnęły poziom o 5% wyższy od poziomu przedwojennego.

Perspektywy rozwoju ubezpieczeń na życie na dalszą metę uzależnione są w znacznej mierze od zmian w strukturze wieku ludności w Niemczech. Przewaga ubezpieczonych w wieku starszym odbije się niewątpliwie z jednej strony na świadczeniach, z drugiej strony zmniejszenie odsetka ludności w wieku 25—45 lat ograniczy możliwość zwiększenia liczby nowych ubezpieczeń. W związku z tym towarzystwa ubezpieczeń na życie w Niemczech liczą się z ogólnym zwolnieniem tempa przyrostu nowych ubezpieczeń. Towarzystwa niemieckie już obecnie przygotowują się do intensywnej propagandy na rzecz ubezpieczeń na życie, noszą się z zamiarem obniżenia kosztów ubezpieczeń.

Patrząc na możliwości dalszego rozwoju ubezpieczeń na życie od strony strukturalnej, przypuszczać należy, że rozwój ten zależeć będzie w dużym stopniu od ustosunkowania się ludności do 2 podstawowych form przezorności życiowej, tzn. oszczędzania w kasach oszczędności i ubezpieczeń na życie w towarzystwach ubezpieczeniowych, od ustosunkowania się między ubezpieczeniami na życie a ubezpieczeniami społecznymi, zwłaszcza w zakresie ubezpieczeń rentowych i inwalidzkich.

J.

ODPOWIEDZI REDAKCJI.

POJĘCIE „KOASEKURACJI".

Od jednego z czytelników otrzymujemy następujące zapytanie:

1) czy koasekuracją będzie powierzenie przez ubezpieczonego jednego ryzyka kilku Towarzystwom bezpośrednio z tym, że każde uczestniczące Towarzystwo wystawia własną polisę,

2) czy koasekuracją będzie, gdy ubezpieczony wyśle deklarację do jednego z Towarzystw z poleceniem podziału ubezpieczenia ściśle wymienionym Towarzystwom w określonych udziałach,

a) jeśli każde Towarzystwo wystawia na swój udział oddzielną polisę,

b) jeśli zostaje wystawiona polisa zbiorowa,

3) czy koasekuracją jest tylko podział ubezpieczenia, otrzymanego przez jedno z Towarzystw w 100%, stosownie do własnego uznania.

Odpowiadając na te pytania musimy zaznaczyć, że pojęcie „koasekuracja" nie mieści się ściśle biorąc w żadnym z punktów wymienionych w zapytaniu. Zdefiniowanie tego pojęcia może być w każdym wypadku różne zależnie od tego, pod jakim kątem widzenia będziemy na nie spoglądali:

1) etymologicznym, 2) prawnym, 3) technicznym.

1) Pod względem etymologicznym koasekuracja jest przeciwstawieniem do asekuracji i reasekuracji. „Cum asecurare" oznacza podział jednego ubezpieczenia na dwa lub więcej odrębnych samodzielnych ubezpieczeń. Z tego punktu widzenia ilekroć dany obiekt będzie ubezpieczony w tym samym czasie od tego samego niebezpieczeństwa w dwu lub więcej Towarzystwach, będziemy mieli do czynienia z koasekuracją, z kilkoma ubezpieczeniami koasekuracyjnymi, czyli z kilkoma samodzielnymi i odrębnymi umowami ubezpieczenia między ubezpieczającym a każdym Towarzystwem koasekurującym.

Natomiast przy reasekuracji mamy do czynienia z jedną tylko umową ubezpieczenia między ubezpieczającym a Towarzystwem oraz z podziałem ubezpieczenia przez Towarzystwo między inne Towarzystwa reasekuracyjne, który to podział w niczym nie dotyczy i w niczym nie zmienia umowy ubezpieczenia zawartej przez ubezpieczającego z tym jednym Towarzystwem dzielącym ubezpieczenie (reasekurującym).

2) O ile chodzi o stronę prawną, koasekurację należy odróżnić od ubezpieczenia wielokrotnego. Pojęcie ubezpieczenia wielokrotnego zostało wprowadzone i uregulowane przez ustawy o umowie ubezpieczenia w interesie zakładów ubezpieczeń. Główną cechą ubezpieczenia wielokrotnego jest ta, że ubezpieczający sam zawiera kilka umów ubezpieczenia z różnymi zakładami ubezpieczeń. Otóż ustawy ustanawiają dla ubezpieczającego obowiązek zawiadomienia każdego zakładu o wszystkich innych ubezpieczeniach z wymienieniem innych zakładów i sum ubezpieczenia i łączą ten fakt z pewnymi skutkami prawnymi. Chodzi tu przy tym o uchwycenie łącznej sumy ubezpieczenia i przypadków niedoubezpieczenia i nadubezpieczenia (ubezpieczenie podwójne) wraz z konsekwencjami prawnymi z tych przypadków wynikającymi. Jeżeli przy ubezpieczeniu wielokrotnym o tym, w ilu zakładach jest pokryte ubezpieczenie i na jaką łączną sumę ubezpieczenia, decyduje ubezpieczający, to przy koasekuracji ubezpieczający musi się w tym względzie porozumieć uprzednio z poszczególnymi zakładami, względnie nawet o tym decydują same zakłady.

3) Zrozumiałą jest rzeczą, że dla określenia koasekuracji przede wszystkim mają znaczenie względy techniczne.

Jest prawie regułą, że o koasekuracji decyduje Towarzystwo pozyskujące ubezpieczenie, wtedy gdy tego ubezpieczenia

nie chce trzymać w 100% na własny rachunek i na rachunek swoich reasekuratorów. Wtedy proponuje ono ubezpieczającemu podział koasekuracyjny, Towarzystwa koasekuracyjne i wysokość ich udziałów. Zazwyczaj wtedy jest wystawiana przez Towarzystwo pozyskujące ubezpieczenie i proponujące koasekurację i nazywane prowadzącym, polisa zbiorowa, podpisana przez wszystkie Towarzystwa koasekurujące. W przypadku takim mamy do czynienia z ubezpieczeniem pozyskanym przez Towarzystwo prowadzące z reguły za pośrednictwem jego ajenta i z podziałem tego jego ubezpieczenia na kilka ubezpieczeń odrębnych między Towarzystwa koasekurujące. Mamy jeden stosunek, dotyczący pozyskania ubezpieczenia skoncentrowany w Towarzystwie prowadzącym i dwa lub więcej stosunków ubezpieczenia, umów ubezpieczenia, między ubezpieczającym a każdym Towarzystwem koasekurującym.

Jednakże zdarzają się przypadki, że jedno i to samo ubezpieczenie jest pozyskane w określonych ułamkach przez dwa lub więcej Towarzystw bezpośrednio od ubezpieczającego; wtedy każde Towarzystwo posiada w stosunku do pozyskanej części ubezpieczenia bezpośredni stosunek dotyczący pozyskania ubezpieczenia. Z reguły będziemy tu mieli do czynienia z kilkoma ajentami, chociaż nie jest wykluczone, że będzie tylko jeden ajent, rozliczający się z każdym Towarzystwem odrębnie i samodzielnie. Dla odróżnienia od poprzednio omówionego przypadku taki podział ubezpieczenia przyjęto nazywać u nas ubezpieczeniem wspólnym (co należy rozumieć wspólnie pozyskanym). Ubezpieczenie wspólne może być spolisowane w ten sposób, że każde Towarzystwo wystawia na swój udział odrębną polisę (z których każda może być znów polisą zbiorową, jeżeli poszczególne udziały będą znowu dalej podzielone między koasekuratorów), lub też w ten sposób, że wszystkie Towarzystwa pozyskujące ubezpieczenie wspólne wystawiają ze względów technicznych jedną polisę zbiorową, powierzając jednemu spośród siebie prowadzenie ubezpieczenia wspólnego.

Poprzestajemy na tych kilku uwagach dla wykazania, że krótkie zdefiniowanie pojęcia „koasekuracja" nie jest możliwe. Wyłania się tu cały szereg problemów, których opracowanie wymagałoby obszerniejszego traktatu naukowego.